Rok XVI. Warszawa, Styczeń - Czerwiec 1937 r. Nr. 1—2

KWARTALNIK KLINICZNY

SZPITALA STAROZAKONNYCH W WARSZAWIE
WYDAWNICTWO LEKARZY SZPITALA

Sprawozdania z posiedzeń naukowych.

Sprawozdania z posiedzeń w r. 1936 (dokończenie).

B. Jochweds i M. Goldsztein. **Przypadek polyarthritis („periarthritis") chronica exudativa primaria.** (Z oddz. III wewn. dr. B. Jochwedsa).

W 1929 r. Saxl (Wien. Klin. Woch. Nr. 31) rozszerzył zakres stosowania moczopędnych preparatów stężonych na pewne schorzenia stawowe, a przede wszystkim na pierwotne przewlekłe wysiękowe zapalenie wielu stawów (polyarthritis chronica exudativa primaria). Jest to jednostka chorobowa odznaczająca się, jak wiadomo, b. powolnym, nieuchwytnym początkiem oraz brakiem w wywiadach poprzedzającej ostrej choroby gorączkowej. Pomimo to jednak, znaczne przyspieszenie opadania czerwonych ciałek krwi dowodzi istnienia jakiejś nieokreślonej sprawy infekcyjnej. — U młodszych cierpieniu temu towarzyszą stany podgorączkowe, u starszych t^0 nie przekracza zazwyczaj 37^0. Wysięk jest zawsze b. obfity, czysto surowiczy i umiejscowiony w dużych i małych stawach, przede wszystkim jednak w tkankach okołostawowych; stąd nazwa proponowana przez niektórych autorów (Munk. Neue Deutsche Klin. Tom III, str. 774—775) „periarthritis". Zresztą również Rtg. nie wykazuje tu nigdy zmian w samych stawach. — Wsierdzie, jak w pierwotnie przewlekłych sprawach stawowych, jest zawsze wolne.

S. M., lat 58. Od kilku lat ma na zmianę pogody łamania i bóle w stawach rąk i nóg. — W listopadzie r. z., bez jakiejkolwiek poprzedzającej choroby gorączkowej, nasilające się odtąd stopniowo, ale stale, silne bóle i obrzmienia obu stawów skokowych, lew. nadgarstka, oraz II i III palca prawej dłoni. W spoczynku te bóle stawowe i obrzmie-

nia na ogół nie zmniejszają się. — Stan bezgorączkowy. Skóra u stawów nie była i nie jest zaczerwieniona.

Od kilkunastu lat płaskie stopy; nosi wkładki. Lues, gonorrhoe — negat.

Stan obecny. T⁰ do 36,8°. Ciśnienie krwi 140/60 mm. Hg. Źrenice równe, kształtne, nieco leniwie reagują na światło i przystosowanie. Odruchy ścięgniste +. W narządach klatki piersiowej i jamy brzusznej +. Stawy: W okolicy skokowych, zwł. prawego — obrzmienie ogromnego stopnia, sięgające od podstawy palców do 1/3 dolnej części podudzi; obrzmienie to w chwili przybycia do szpitala było tak znaczne, że obwód kończyn był w tym miejscu prawie dwa razy większy, niż obecnie. Okolica lewego nadgarstka również b. znacznie nabrzmiała. Kontury wszystkich wymienionych stawów — zatarte, skóra u stawów wygładzona, o zabarwieniu prawidłowym. Obrzmienia miękkie, z ucisku głęboki dołek. Ruchomość stawów zachowana. Ucisk na kostki wewnętrzne i zewnętrzne obu nóg oraz na okolicę lewego nadgarstka — miernie bolesny. I-sze stawy międzypaliczkowe I i II palca prawej ręki mają kształt wrzecionowaty, bolesne z ucisku. Pozostałe stawy w normie. — Spłaszczenie obu stóp, zwłaszcza prawej, miernego stopnia. Badania dodatkowe: mocz i morfologia krwi — w normie. W. R. —. Odczyn Biernackiego — 25 min. Odczyn B. B. F. (Brokman, Brill, Frendzlowa), który według dr Brokmana ma być objawem czynnej infekcji gośćcowej — wybitnie dodatni, co mogłoby wskazywać na pewną łączność t. zw. „pierwotnie przewlekłych spraw stawowych“ z ostrym reumatyzmem. Zawartość wapnia w surowicy — 14,5 mgr. %, po 2 tygodniach — 11 mgr. %; fosforu — 3,15 mgr. %, kwasu moczowego — 6,3 mgr. %.—Rtg.: „odwapnienie kości nadgarstka i stopy, bez zmian w stawach“ (dr Mesz). — Próba Schlesingera z okładem szarej maści dała wynik ujemny.

B. powolny początek, brak jakiejkolwiek poprzedzającej ostrej infekcji, bezgorączkowy przebieg, brak zmian wsierdziowych, rozległe obrzmienia stawów przy zachowanej ruchomości i braku zmian rentgenologicznych — wszystko to przemawiało za rozpoznaniem pierwotnego, przewlekłego, wysiękowego zapalenia stawów, względnie tkanek okołostawowych („periarthritis“). Przeciwko etiologji kiłowej przemawiał wyłącznie surowiczy charakter wysięku, brak zmian w chrząstkach, kości i okostnej, a wreszcie ujemny odczyn Wassermana i ujemny wynik próby Schlesingera. Przeciwko etiologii rzeżączkowej przemawiał całokształt cierpienia, a przede wszystkim brak gorączki, powolny przebieg oraz zachowana ruchomość stawów i zbyt mała ich bolesność. — Wreszcie

przeciwko supozycji, jakoby cała sprawa była tylko powikłaniem zapalnym dawno istniejącej płaskiej stopy, przemawia niezależność dolegliwości stawowych od wysiłku oraz udział w schorzeniu stawów kończyn górnych; oczywiście niepodobna negować faktu, że spłaszczenie stóp przyczyniło się w znacznej mierze do tego, że stawy skokowe były zaatakowane więcej od innych.

Leczenie. Na początku zastosowano tytułem próby duże dawki salicylanu sodu do wewnątrz i dożylnie, po kilku dniach — zastrzykiwania dożylne atophanylu. Stan chorego pogarszał się jednak stale, bóle stawów były coraz bardziej dokuczliwe, obrzmienia okołostawowe narastały poprostu z dnia na dzień.—Dn. 17/IV, a więc w 2 i 1/2 tygodnia po przybyciu chorego na oddział, zastrzyknięto mu 2 cm dehydritu domięśniowo, — bez wpływu na diurezę i dolegliwości stawowe. Dn. 21 IV — po uprzednim zakwaszeniu za pomocą amm. chloratum (8,0 gr. dziennie przez dwa dni) — zastrzyk powtórzono. Tym razem chory oddał w ciągu następnej doby ok. 3000 cm. moczu, obrzmienia okolic stawów zmniejszyły się znacznie. Po następnych dwóch zastrzyknięciach (dn. 25/IV i 30 IV), wykonanych również po uprzednim zakwaszeniu, obrzmienia stawów ustąpiły całkowicie, wróciły jednak ok. 4/V i ustąpiły znowu po zastrzyku w dn. 6 V.

Czy i jak prędko powrócą obrzmienia okołostawowe, tego oczywiście powiedzieć nie można. Saxl spostrzegał w szeregu przypadków po kilku zastrzyknięciach ustąpienie obrzmienia na długie miesiące, a nawet lata. Nawiasem mówiąc, również w przypadkach stawowych Saxla środki rtęciowe działały dopiero po uprzednim zakwaszeniu.

Ciekawe, że za każdym razem obfitej diurezie i zmniejszaniu się obrzęków towarzyszy wybitne zmniejszanie się bólów stawowych. Według Saxla zjawisko to tłumaczy się wydalaniem podczas diurezy rtęciowej dużej ilości soli z ustroju, a co za tym idzie — z tkanek okołostawowych, co z kolei powoduje złagodzenie miejscowych odczynów zapalnych.

J. Munwes i D. Śniadowerówna. **Przypadek ciężkiej anemii.** (Z oddz. B. Jochwedsa).

Chora ma lat 38; zgłosiła się z powodu osłabienia, ciepłoty do 39° i bólów w kk. dolnych. Choruje od lat 8-iu, kiedy nagle wystąpiły bóle w dołku i prawym podżebrzu; bólom towarzyszyły wymioty płynu żółtego gorzkie; t° 39°. Po 3 dniach dolegliwości powyższe ustąpiły; od tego czasu narzekała często na ściskanie w dołku, zwł. po pokarmach zimnych i tłustych; miewała stany podgorączkowe i — co szczególne — już

wtedy co 8 — 10 miesięcy musiała pozostawać w łóżku w ciągu kilku dni lub tygodni z powodu bladości i upadku sił. Przed rokiem była w szpitalu na Czystem w ciągu 4-ch miesięcy; wypisała się zdrowsza. Przed 3-ma miesiącami znowuż zaczęła narzekać na osłabienie; od 10 tygodni nie opuszcza łóżka; od 12 dni t^0 wysoka.

W chwili przybycia chorej na oddział stwierdzono: Tętno 120′—130′, t^0 — 39,4°. Skóra i śluzówki bardzo blade, język podsychający, dość mały, częściowo wygładzony, brodawki jednak zachowane. U koniuszka serca i tętnicy płucnej szmer skurczowy o cechach czynnościowych. Wątroba i śledziona o powierzchni gładkiej, brzegu twardawym, wystają o 3 palce spod łuku żebrowego.

W moczu przy pierwszym badaniu: ślad urobilinogenu i urobiliny, przy wszystkich następnych ur - gen i ur - na niezwiększone; w kale — odczyn S c h m i d t a słabo dodatni. Bilirubina we krwi — 0,5 jednostek; cholesteryny 152 mgr. 0/00, OB. — 14′, WR — (—). K r e w: hemoglobiny 32,5%, czerw. ciałek 1.600.000 w 1 $mm.^3$, wskaźnik = 1, b. ciałek 4.000 w 1 $mm.^3$, w tym obojętnochłonnych wielojądrzastych 42%, limfocytów 51,4%, kwasochłonnych 6,6%. Czerwone ciałka: umiarkowana makro- i mikrocytoza i nieznaczna poikilocytoza. Jądra białych ciałek wielopłatowe. Na 200 komórek białych 1 megaloblast i 1 normoblast. Ilość płytek — 172.600 w 1 $mm.^3$. Retikulocytów 540/00. Objaw opaskowy dodatni. Czas krzepnięcia 8′, czas krwawienia 4′. Odporność krwinek H_2O.48% NaCl; H_1 — 0,28%NaCl. W zawartości żołądka brak HCl wolnego, nawet po histaminie. Czynnik C a s t l e ' a — ujemny. W zawartości dwunastnicy dość liczne leukocyty, żółto zabarwione, ułożone pojedynczo i w skupieniach, znacznie liczniejsze w żółci B (50 — 60 w polu widzenia). Posiew z moczu i żółci wykazał obecność pałeczek okrężnicy i paciorkowców. Posiew krwi — jałowy. Nakłucie szpiku kostnego mostka wykazało: myeloblastów 21,5%, promyelocytów 3%, myelocytów 8%, młodocianych 3,5%, pałczk. 9%, segment. 4,5%, kwasochł. 5,5%, zasadochłonn. 0,5%, limfocytów 12,5%, plazmatycznych 1%, monocytów 2%, normbl. 11%, erytroblastów 9,5%, m e g a l o b l. 8%.

Pomimo podawania dużych dawek wątroby i żelaza stan chorej pogarszał się, ciepłota stale utrzymywała się na poziomie 39°, tętno 130′—140′. liczba czerw. ciałek i zawartość hemoglobiny spadała coraz niżej. Dnia 24.III.36 czerw. ciałek 490.000 w 1 $mm.^3$, hemoglobiny 14% — uderzała przy tym duża niewspółmierność pomiędzy bardzo ciężką anemią, a względnie niewielkimi zmianami jakościowymi czerw. ciałek, stwierdzono bowiem zaledwie słabo zaznaczoną anizotycozę i poikilocytozę.

Wobec ciężkiego stanu chorej, dnia 24.III. dokonano przetoczenia 400 cmtr.^{3} krwi. Już nazajutrz chora czuła się lepiej, ciepłota spadła do 37,4^0, liczba czerw. ciałek podniosła się do 1.200.000, zawartość hemoglobiny do 23%. Już w kilka dni po transfuzji w posiewie z moczu i żółci stwierdzono jedynie obecność pałeczek okrężnicy, bez paciorkowców. Odtąd ten sam wynik otrzymywano przy wszystkich następnych posiewach. Po kilkunastu dniach śledziona zaczęła się zmniejszać, obecnie zaledwie namacać ją można pod łukiem. Chora czuje się dobrze, prawie nie gorączkuje; niekiedy tylko miewa 37,2^0—37,3^0, skarży się jedynie na osłabienie wzroku, które wystąpiło w dwa tygodnie po transfuzji. — Na dnie oczu stwierdzono liczne wybroczyny. Obraz krwi z dnia 19.V: czerw. ciałek 4.580.000 w 1 mm.^{3}, hemoglobiny 83%, wskaźnik 0,9, białych ciałek — 4300 w 1 mm.^{3}, pałeczk. 2%, obojętnochłonnych wielojądrz. 48%, limfocytów 42%, kwasochł. 5%, monocytów 3%, płytek 119 000 w 1 mm.^{3} (liczba płytek w czasie pobytu chorej na oddziale wahała się od 57.000 do 280.000).

Stwierdzono więc tu następujący zespół objawów: gorączkę, powiększenie wątroby i śledziony i daleko posuniętą niedokrwistość bez żółtaczki. Zespół ten spotyka się w wielu schorzeniach, z których liczby można było wyłączyć bez większych wahań kiłę, marskość wątrobowo - śledzionową, chorobę Bantiego, ziarnicę złośliwą, białaczkę, zimnicę, chorobę Gaucher i inne. Znacznie trudniejsze natomiast było tu rozróżnienie między anemją biermerowską a schorzeniami septycznymi z obrazem krwi, podobnym do obrazu w niedokrwistości pierwotnej złośliwej. Na pierwszy rzut oka za anemią typu Biermera przemawiały momenty następujące: ciężka niedokrwistość z wskaźnikiem równym 1, z pojedynczymi megaloblastami, leukopenia z limfocytozą i monocytopenią i wielopłatowością jąder b. ciałek obojętnochłonnych, zmniejszona ilość płytek, brak wolnego HCl (nawet po histaminie) i czynnika Castle'a w zawartości żołądka przy obecności pałeczek okrężnicy w zawartości dwunastnicy, obok megaloblast. w szpiku. Nie przemawiały przeciwko temu rozpoznaniu — podniesienie ciepłoty, powiększenie śledziony i wybroczyny na dnie oczu, gdyż objawy te, aczkolwiek niezbyt częste, spostrzega się i w anemii biermerowskiej, zwł. u szczytu choroby. Również eozynofilia dałaby się wytłumaczyć dużymi dawkami wątroby, którą chora otrzymywała jeszcze przed przybyciem do szpitala. Brak jednak urobilinogenurii i urobilinurii i zwiększone ilości barwików krwiopochodnych w kale, normalna zawartość bilirubiny we krwi — jednym słowem brak objawów wzmożonej hemolizy w dużym stopniu przemawiał przeciwko typowej postaci anemii Biermera. Można więc było myśleć

jedynie o postaci aplastycznej niedokrwistości pierwotnej — złośliwej, którą jednak też należało wyłączyć ze względu na brak większych zmian jakościowych w zakresie czerwonych ciałek i brak wybitniejszych objawów skazy krwiotocznej (prawidłowy czas krwawienia i krzepnięcia), na stosunkowo niewielkie zmiany liczby płytek i białych ciałek, spory odsetek retikulocytów i obecność normoblastów i megaloblastów w krwi obwodowej i w szpiku. Wszystkie wyżej wymienione momenty wraz z obecnością ropy i paciorkowców w żółci i moczu u szczytu choroby, obok braku ich w okresie poprawy, przemawiały raczej z dużym prawdopodobieństwem, aczkolwiek nie z zupełną pewnością, za przewlekłym, nasilającym się co pewien czas, schorzeniem septycznym z niedokrwistością wtórną, o cechach zbliżonych do anemii biermerowskiej.

Należy tu jeszcze podkreślić, że twierdzenie Naegeli'ego, jakoby megaloblastoza szpiku była znamienna dla anemii biermerowskiej, podawane jest w wątpliwość przez Tempkę, Szylinga i Jagića; ci stwierdzali megaloblasty w szpiku i krwi obwodowej w całym szeregu schorzeń poza anemią biermerowską.

W rozprawie Fejgin rozważał niedokrwistość złośliwą, jako pojęcie ściśle związane przede wszystkim z obecnością megaloblastów w szpiku kostnym; nakłucie szpiku mogłoby tu wiele spraw rozjaśnić. Wielką rolę odgrywa też ustrój danego osobnika, co ma znaczenie nie tylko w anemii złośliwej, pierwotnej, lecz i tam, gdzie jest ona spowodowana czynnikami zewnątrzpochodnymi, zakaźnymi, bądź innymi. Szour uważa, że sprawa odrębności nozologicznej niedokrwistości złośliwej staje się wątpliwa. W wielu nowszych pracach zaznacza się, że anemia złośliwa jest tylko typowym zespołem objawowym niedokrwistości nadbarwliwej. Między tym zespołem a niedokrwistością podbarwliwą, wtórną czy pierwotną, jest wiele postaci przejściowych. Żadna z grup objawowych, czy to pochodzenia żołądkowo-jelitowego, nerwowego, czy też oparta na obrazie morfologicznym krwi, czy szpiku kostnego, nie jest wyłącznie znamienna dla niedokrwistości złośliwej. Nawet i obecność megaloblastów, zgodnie ze spostrzeżeniami wielu autorów, jak i Tempki, spostrzega się w innych schorzeniach, w ciężkich zatruciach, zakażeniach, nowotworach złośliwych, w białaczce, zwł. ostrej i t. p.—Wobec tego należałoby obecnie mówić raczej o mniej lub bardziej typowych zespołach objawowych niedokrwistości nadbarwliwej. Berenstein—przeciwnie — uważa, że niedokrwistość złośliwa jest jednostką ściśle określoną. Zasadniczą cechą jest tu obecność megaloblastów na obwodzie, wzgl. w szpiku kostnym. Megaloblasty, opisywane w innych schorzeniach, Naegeli uważa za makro-

blasty, które kształtem i formą kulistą się nie różnią. Tu, jeżeli zgodnie z tezą prelegentów sprawa jest pochodzenia infekcyjnego, należało zwrócić uwagę na charakter neutrofilów, które w przebiegu infekcii są zwyrodniałe oraz sprawdzić zawartość globuliny, tu zwykle zwiększonej w surowicy. Kobryner podkreśla specjalnie rolę, jaką w niedokrwistości złośliwej odgrywają ciężkie warunki życia okresu powojennego, klęski głodowe, epidemie chorób zakaźnych i t. p, co usposabia w następnym pokoleniu do częstszego powstawania omawianego schorzenia w postaciach odmiennych, niż to klasycznie opisywano przed wojną. Jochweds przypuszcza tu raczej pochodzenie septyczne niedokrwistości, wyhodowano wszak z moczu i żółci bact. coli oraz streptokoki (megaloblasty w preparatach szpiku kostnego nie wystarczają, by rozpoznać tu niedokrwistość złośliwą).

Lando. **Przypadek niezwykle powikłanego wypadnięcia odbytnicy.** (Z oddz. A. Wertheima).

Chora, lat 75, z porażeniem połowiczym, przyjęta w nocy. Od 20 lat wypadnięcie odbytnicy wielkości głowy dziecka. Z godzinę przed przybyciem siadła na naczynie i okaleczyła wypartą kiszkę. Zaczęła znacznie krwawić; wezwano Pogot., które ją przewiozło do szpitala. Tu stwierdzono na wypiętej kiszce 2 rany: powierzchowną długości 4 cm., a 2-gą, drążącą do otrzewnej, szerokości $\pm$ 5 cm.; przez tą wypadła pętla jelita cienkiego ($\pm$ 10 cm.).

Wyparte jelito po obmyciu roztworem fizjologicznym odprowadzono do jamy brzusznej — ranę odbytnicy zaszyto dwupiętrowo. Przebieg pomyślny.

E. Mościskierówna. **Przypadek ruchowej słuchoniemoty.** (Z oddz. Br. Karbowskiego).

Pacjent ma lat 6 — przyjęty został, ponieważ wymówić umie zaledwie kilka wyrazów.—Ojciec chory na wątrobę; jest o 19 lat starszy od matki. Pacjent, dziecko jedyne, urodził się w czas, siłami przyrody. Chodzić zaczął z opóźnieniem; chorób poważniejszych nie było. Badanie somatyczne zmian nie wykazuje, jedynie szpary oczu wąskie, przyczym stale marszczy czoło. Badania układu endokrinnego dały wynik normalny. Zasób słów dziecka jest następujący: mama, tu, wodi, woda, buti — buty; ciotkę, której na imię Ziuta, nazywa uta; koń—ptanio, wszelkie środki lokomocji *w... w... w.* Badanie słuchu, przeprowadzone skalą tonów ciągłych, wykazało zupełnie prawidłowy słuch. Dziecko rozumie wszystko, co się

mówi, spełnia polecenia. Ruchy zborne i zgrabne. Dość inteligentny, jakkolwiek mniej rozwinięty od rówieśników.

Jest to przypadek słuchoniemoty ruchowej. — Dylewski posługuje się nazwą niemota słyszących, w odróżnieniu od czuciowej, gdy rozumienie mowy jest upośledzone. Czynnik etiologiczny stanowić mogą przeszkody anatomiczne w narządach artykulacyjnych, niedomoga ruchowa narządów artykulacyjnych, brak woli. Schmartz podaje, iż w znacznej liczbie przypadków przyczynę stanowią drobne wybroczyny i zatory, prawdopodobnie z czasu porodu; przypadki te, ściśle biorąc, należy uważać za afazje. W danym przypadku pacjent chodzić zaczął z opóźnieniem, co wskazuje na pewną niedomogę ruchową, jakkolwiek ruchy jego dziś są zborne i zgrabne. Przyczyna leży najprawdopodobniej w niedorozwoju ośrodka Broca, a niedorozwój wyłącznie tego jednego ośrodka można wytłumaczyć tym, że jest on filogenetycznie najmłodszy.

Co się tyczy terapii — stosowane są specjalne ćwiczenia, by pacjent systematycznie nabywał obrazy ruchowe poszczególnych głosek, a następnie wyrazów i zdań.

Edw. Luxenburg. **Przyp. zgorzeli policzka u dziecka.** (Z oddz. D. Kohana).

U chorej P. F., po przebytym durze brzusznym, wystąpiła zgorzel policzka lewego, zajmująca na skórze przestrzeń wielkości 10— zł. monety, a sięgająca przednim brzegiem aż do skrzydełka nosa i okolicy kąta ust. Po stronie śluzówki zgorzel sięga aż do guza szczęki górnej, zajmując wszystkie warstwy policzka prócz skóry. Wobec obrzęku obu powiek i bolesności w wewnętrznym kącie oka, przecięto, podwiązano v. angularis, następnie okrojono zgorzelinową skórę, a od powstałego otworu dano cięcie w kierunku na przewód słuchowy; odpreparowano skórę i usunięto zgorzelinowe tkanki, przypalając całą powierzchnię rany Paquelinem. W ten sposób powstała rana wielkości dłoni. Po oczyszczeniu się powierzchni rany położono na cięcie skórne 3 sytuacyjne szwy. Po zagojeniu się tej części rany wypisano dziecko z otworem w policzku. — Po 3-ch miesiącach L. wykonał plastykę od strony samego policzka. W ten sposób został zamknięty otwór wielkości 5—złot. monety. Uzyskano wynik kosmetycznie b. dobry, pozostało tylko lekkie spłaszczenie policzka.

Merenlender i Ginsburgowa. **Xeroderma pigmentosum. Melanoma consecutivum.**

Chora, lat 20, zgłosiła się po raz 2-gi (11 lat temu leżała po raz pierwszy w szpitalu). Jak wynika z wywiadów w rodzinie nikt podobnego cierpienia nie miał. Rodzice zdrowi, również rodzeństwo. Cierpienie wystąpiło w 2-im r. życia latem, po dłuższem nasłonecznianiu. Według matki, wystąpiło wówczas na powierzchniach nasłonecznionych zaczerwienienie, a później zaciemnienie skóry. Przed 11 laty już stwierdzono poważne zmiany znamienne skóry, jak i gałek ocznych. Przed 3 laty wystąpił za uchem prawym guzek, który stale wzrastał. Menses ostatnio nieregularne (co 6 — 7 tygodni, 2—3 dni).

St. ob: drobna, wygląd młodszy (mniej więcej 15 lat), odżywienie mierne. Gruczoły podszczękowe i karkowe prawostronne powiększone. Śluzówka jamy ustnej sucha. Nieznaczne przytłumienie u szczytów płuc; nieznaczne powiększenie wątroby (o 1 palec), poza tym bez zmian patologicznych. W układzie nerwowym (dr. Kipmanowa): odruchy z triceps, kolanowy i Achillesa po str. lewej żywsze; Jacobson, Sterling, Rossolimo dodatnie obustronnie. Nieznaczny clonus (wyczerpujący się szybko) patellarum. Nieznaczny clonus stopy. Lekki niedorozwój macicy i jajników. W moczu +. Badanie kału — na utajone krwawienie, dało odczyn słabo do-

datni. We krwi: Hb. 38%, czerw. ciał. krwi 2.350.000, białych ciał. krwi 11.200, wskaźnik 0,9, segment 76,5%, paleczk. 3,5%, lymph. 15,5%, monoc. 4,5%, eozynochl. 0,%. Wass. ujemny. Biernacki — znaczne przyśpieszenie (po 15 minutach). Chemicznie we krwi (dr Dworecki): nieznaczne zmniejszenie poziomu cukru i zwiększenie zawartości wapnia. Roentg. +.

Stan skóry. Uderza umiejscowienie zmian wyłącznie na powierzchniach, dostępnych działaniu promieni słonecznych: twarzy, małżowin usznych, szyi, karku, górnych odcinków klatki piersiowej, kończyn górnych i dolnych. Tu stwierdza się przede wszystkim nadmierną suchość skóry i liczne plamy (od łepka szpilki do monety 5-groszowej) barwy czarno-brunatnej. Są liczne miejsca zanikowe, szczególnie na twarzy. Wśrod wykwitów zanikowych liczne naczyniaki; czynią wrażenie skóry, uszkodzonej prom. Rtg. — W skórze twarzy, zwł. u warg, kilkanaście wykwitów zrogowaciałych; w pobliżu prawego kąta ust twór zrogowaciały sięga wielkości dużego grochu. Niektóre paznokcie wykazują nieznaczną nierówność, wzgl. plamki czerwone, przypominające naczyniaki. W okolicy karkowo - usznej twór półkulisty o powierzchni guzowatej, owrzodziałej, wielkości pięści, twardawy u nasady, mięsisty w części środkowej, miejscami wyraźnie wałowate odgraniczenie od otaczającej skóry prawidłowej; górna powierzchnia twarda, pokryta masą śluzowo-ropną.

Do cech znamiennych tu należą zmiany powiek i gałek ocznych, wybitne obrzmienie, a częściowo zropienie, gruczołów chłonnych. Spojówka powiekowa zgrubiała i przerosła. Skóra dolnych powiek zniszczona. Brzegi zewnętrzne zniszczone i zrośnięte z gałkami. Z gałką prawą zrosty sięgają do połowy rogówki. Siła wzroku $^1/_{10}$. Skóra dolnej powieki lewej zniszczona i zrośnięta z gałką w górnej części rogówki, ściągając w ten sposób gałkę ku dołowi i na zewnątrz. Visus — ruchy ręki przed okiem. — Ma się tu więc do czynienia z klasycznym przypadkiem skóry pergaminowej, barwikowej (xeroderma pigmentosum), cierpienia bardzo rzadkiego, którego etiologia wiąże się ściśle z reakcją skóry na promienie słoneczne. W przypadku tym są skojarzone wszystkie okresy tego cierpienia, mianowicie: wykwity barwikowe, zanikowe z naczyniakami, nadmierne rogowacenie, które tu, jak wiadomo, jest objawem stanu przedrakowego i które często, jak w danym przypadku, prowadzą do złośliwych nowotworów. Końcowy okres tego cierpienia, którego prognosis infausta jest dobrze znana, ma właśnie wyraz w nowotworze u tej chorej. Wobec wyraźnych przerzutów do gruczołów chłonnych szyjnych,

chora została przeniesiona na oddział chirurgiczny dra Kohana, który wykonał operację o przebiegu następującym:

Cięcie u dolnego bieguna żuchwy po str. prawej i dalej na ostro do gruczołów podszczękowych, zmienionych nowotworowo. Po odchyleniu zebranych gruczołów i ślinianki oraz przedłużeniu cięcia na brzegu guza wzdłuż mięśnia mostkowo-sutkowo-obojczykowego, przystąpiono do wyłuszczenia guza. Guz zebrano wraz z mięśniem mostkowo-sutkowo-obojczykowym. Oddzielenie od dużych naczyń szyi bardzo trudne i możliwe tylko dzięki grubej i elastycznej powłoce, oddzielającej guz od naczyń. W górnym biegunie podwiązano a. maxillaris externa; odłączono guz od góry i od tyłu i w całości z gruczołami usunięto. D u ż y u b y t e k skórny pokryto częściowo (nad naczyniami) płatem uszypołowionym, wziętym z okolicy nadgrzebieniowej prawej. Opatrunek. — Badanie histopatologiczne usuniętego guza wykazało melanosarcoma.

Już Kaposi uznawał tu skłonność chorobową skóry, jako przyczynę schorzenia. Wielu stwierdzało poza tym u chorych na X. P. 1) rodzinne występowanie, 2) pokrewieństwo rodziców oraz dziedziczenie. — Rothmann podaje następujące dowody, dotyczące wpływu światła (jako głównego czynnika) na powstanie X. P: 1. Początek schorzenia po silnym usłonecznieniu; 2. Podobieństwo pierwszych objawów do opalenia słonecznego; 3. Umiejscowienie wyłącznie na obnażonych powierzchniach skóry; 4. Pogorszenie sprawy chorobowej na skutek zadziałania świetlnego; 5. Lecznicze działanie ochrony przed światłem; 6. Częste występowanie u wieśniaków, którzy są wystawieni na światło słoneczne; 7. Podobieństwo X. P. do „Seemannshaut" (Unna), której zależność od światła nie ulega wątpliwości. Nowocześni badacze (Kumer, Rothmann i inni) podkreślają, że występowanie X. P. zawdzięcza kojarzeniu dwuch momentów: ś w i a t ł a i d y s p o z y c j i. Poszukiwania substancji, uczulającej na światło (na podobieństwo porphiriny) w X. P., nie dały dotychczas wyników dodatnich. Według Rothmanna wrażliwość nie jest związana z krwią, lecz z konstytucją osobników, cierpiących na X. P. Jest to cierpienie bardzo rzadkie (na oddziale w ciągu ostatniego 15-lecia zaledwie 2 przypadki, łącznie z obecnym). R. L e s z c z y ń s k i widział tylko 4 przypadki w ciągu 25 lat.

Co się tyczy choroby oczu w przebiegu X. P., należą one do nieczęstych.

A l a j m o znalazł w piśmiennictwie zaledwie 60 opisanych przypadków ze zmianami oczu.

P r o g n o s i s q u o a d s a n a t i o n e m — p e s s i m a, q u o a d v i t a m — wątpliwa, wobec możliwości nawrotu złośliwego nowotworu.

Leczenie: objawowo-zachowawcze (ew. usuwanie guzów za pomocą elektrokoagulacji albo wycięcia).

D. Wdowiński. **Przypadek porażenia postępującego z niezwykłymi objawami**. (Z oddz. M. Bornsztajna).

Mężczyzna, lat 45, muzyk. (Bez wywiadu u krewnych). Przybył do szpitala św. Stanisława z powodu skarg na gruźlicę gardła; następnie skierowany do naszego szpitala. Tu, na oddziale gruźliczym, nie stwierdzono gruźlicy. St. ob. ukł. nerwowego: Stan wybitnie hypochondryczny. Zniesienie reakcji źrenic na światło; poza tym +. Odruchy żywe, bez patologicznych. Wass. we krwi ujemny. Przeniesiony na oddz. psychiatryczny leży tu już 8 tygodni. Luk pamięciowych niema; zdolność zapamiętywania upośledzona; zrazu cyfry dobrze powtarza, już po minucie niektóre opuszcza, przestawia lub zamienia innymi. Przytomny, zorjentowany w miejscu i otoczeniu; szwankuje orjentacja w czasie. Autopsychicznie bardzo upośledzony, ma urojenia wybitnie hypohondryczne na tle depresii. One wysuwają się na plan przedni obrazu.

Absolutnie nie zdaje sobie sprawy ze swego cierpienia psychicznego; nie wie, że przebył kiłę i że obecnie, być może w związku z kiłą, choruje. St. obecny w dalszym biegu: źrenice dość wąskie, prawa większa, zupełnie nie reagują na światło, na zbieżność dobrze. Język drży. Odruchy kolanowe obecnie średnio żywe; Achill. dość żywe; podeszwowe — flexio plantaris. Mowa zlekka drżąca.

Wass. i citocholowy we krwi —; natomiast w płynie móz g.-rdzen. Wass. ++++, Citochol. +++; białka 0,16%, bez pleocytozy. N.-A. słabo dodatni. Lange dodatni, krzywa nie typowa.

Na podstawie tych objawów Wd. rozpoznaje tu porażenie postępujące, w którym objawy osiowe tej choroby, a więc: znaczny upadek intelektu, zanik uczuć wyższych i estetycznych, zaburzenia pamięci, zaburzenia mowy, ustępują na plan dalszy, na pierwszy zaś wysuwa się wybitny zespół hypochondryczny.

Chory wie, na jakim jest oddziale, ale twierdzi, że chorym psychicznie nie jest, lecz jest ciężko, nieuleczalnie, nawet śmiertelnie, chory fizycznie. Usycha, ma suchoty gardła. Wie, że przed 20 laty miał kiłę, ale na to nie zwraca uwagi; wszystko blednie wobec nieuleczalnej choroby gardła. „Sam M. (mówi niekiedy o sobie w 3-ciej osobie) był gruby, dobrze wyglądał; teraz jest nieboszczykiem; nie chce jeść, musi być karmiony, nieboszczycy bowiem nie jedzą". Nikt go nie rozumie i nie leczy odpowiednio. To znów twierdzi, że pokarmy nie przechodzą przez gardło, bo ma gruźlicę. Jest już wogóle szkieletem. Wszystko mu w tym szpitalu narobili. Innym razem mówi, że ma spalone kiszki, że miał kiedyś duże piwne oczy i dużą głowę, teraz wszystko zmalało; jest trupem, prosi tedy, by zadzwonić do zakładu pogrzebowego, ale jednocześnie prosi, by się dowiedzieć, gdzie są jego nuty.

Często leży sztywny, nieruchomy, nie odpowiada, „jest nieboszczykiem". Często kładzie się na podłogę, gdyż tu jego miejsce. Dziwi się pielęgniarce, że się z nim wita, „chyba jest warjatką, wita się z panem M., który leży już w trumnie, a na jego miejscu leży człowiek o żydowskim nazwisku". Wyciśnięto mu część mózgu, zduszono gardło, wyjęto oczy. Cały zmalał, oczy teraz malutkie, głowa mu tak zmalała, że kapelusz nakryje całą twarz. Jest nieboszczykiem, pozostały kosteczki, „dajcie znać do zakładu pogrzebowego". Nie chce niczyjego dotykać, bo czuć go trupem; „wyrzucić go przez okno". Pewnego razu zapala papierosa, by przekonać lekarza, że zaciągnięty dym nie przechodzi przez uschnięte gardło. „Tak zmalał i zesechł, że ma już całkiem drobne kosteczki i właściwie już nie będzie co pochować".

Nie wykazuje poza tym żadnych zainteresowań ani rodzinnych, ani ogólniejszych, ani też wogóle żywszego afektu. Powtarza głosem zrezygnowanym, monotonnym, że już chyba będzie dziś koniec, jutra nie dożyje.

Przelotne urojenia hypochondryczne nie należą do specjalnie rzadkich, zwł. w okresach depresii, w przebiegu p. p., jednak rzadko zespół hypochondryczny dominuje nad całym obrazem chorobowym. W piśmiennictwie mało o tym. — Skargi hypochondryczne mogą występować w psychonerwicy, schizofrenii. Przypadki te wyodrębnione, jako oddzielną postać chorobową przez zespół taki hypochondryczny, opisał B o r n sz t a j n pod nazwą s c h i z o p h r e n i a s o m a t o p s y c h i c a.

Różnica polega jednak na tym, że w przebiegu p. p. urojenia hypochondryczne mają charakter bardziej nihilistyczny, bez autyzmu i rozszczepienia psychicznego schizofrenii somatopsychicznej. Schizofrenik ustosunkowuje się do swych skarg inaczej aniżeli tu, chory mniej siebie z nimi identyfikuje, a raczej uważa je za coś obcego.

Lecz, mimo różnic psychologicznych, zespół ten hypochondryczny jednak uważać należy za zespół schizofreniczny (chory jest wybitnym leptosomikiem!), który został zmobilizowany przez proces paralityczny i odpowiednio przezeń zabarwiony.

Przypadek jest pouczający i powinien posłużyć jako przykład, że p.p. może rozpocząć się nie od zwykłych swych objawów osiowych, ale wysunąć się mogą na plan przedni objawy jakby psychonerwicowe lub schizofreniczne.

Chory przebył 10 ataków leczniczych malarii. Obecnie rozpoczęto kurację specyficzną.

Sprawozdanie z posiedzenia w dn. 19 stycznia r. 1937.

Przewodniczył P ł o ń s k i e r.

W ł. S t e r l i n g i S. R o z e n t a l. **Przypadek niezwykłej hyperkinezy pośpiączkowej** (Z oddz. W ł. S t e r l i n g a).

G. I., lat 42 (L. ks. 4559/166), przybył w r. b z powodu zaburzeń mowy i hyperkinezy (patrz poniżej). Przed 6 laty nagminne zapalenie mózgowia. Po chorobie w ciągu 5 lat czuł się dobrze, pracował. Od pół roku zaburzenia mowy typu artykulacyjnego oraz mimowolne wyciąganie szyi do przodu a głowy do góry. Ruch ten o charakterze tonicznym trwa kilka sekund, po czym głowa się cofa i po pewnym czasie zjawisko się powtarza. Hyperkineza taka nasila się w czasie wzruszenia, chodu, zmniejsza się w spokoju, a znika we śnie. Cza-

sami chory uskarża się na przymusowe mruganie. W kończynach i tułowiu elementów hyperkinetycznych niema. Chory podaje, że mimowolny ruch głową może zahamować przez dotknięcie ręką policzka lub podbródka.

St. ob.: wzrostu średniego, leptosomiczny. W narządach wewnętrznych norma. WR we krwi i płynie — ujemny. Czaszka długogłowa, w stosunku do ciała za mała. Czoło niskie i dosyć szerokie. Okolice jarzmowe słabo rozwinięte. Nos wydatny. Uderza nieproporcjonalnie drobny rozwój twarzy, a zwłaszcza żuchwy. Przy biernym zginaniu głowy do przodu nieznaczny opór (z napięcia muskulatury karku).

Bolesność mięśni karku. Postawa pochylona, zgarbiona; klatka piersiowa zapadnięta. Twarz — mimo kurczowych ruchów mimowolnych — maskowata, usta przeważnie wpółotwarte. Gdy siedzi, lecz bardziej podczas chodzenia — powolnym ruchem zarzuca głowę do tyłu; tyłogłowie wówczas maksymalnie zbliża się do karku. Podbródek unosi się. Na karku, w okolicy górnych kręgów szyjnych, tworzą się podwójne fałdy (1 sza faza hyperkinezy). Następnie chory, utrzymując głowę w pozycji opisanej, pręży i maksymalnie wyciąga szyję do góry i przodu (2-ga faza hyperkinezy), aby wreszcie po pewnym czasie przetrwania (faza toniczna) cofnąć szyję i opuścić głowę. Całość ruchu przypomina ruch ż ó r a w i a.

Temu dyskinetycznemu zjawisku towarzyszy szereg ruchów muskulatury twarzy, jak stałe marszczenie czoła, kurczowe mruganie powiekami, oraz ruchy połykowe. Przy otwartych ustach widoczne są powolne ruchy cofania i wysuwania języka.

Zespół powyższy powtarza się 3 — 8 razy na minutę, bardzo wyczerpując chorego. Pacjent dla zwalczenia tej dyskinezji stale palcem podtrzymuje podbródek. Hyperkineza również ustępuje, gdy dotyka się policzka lub ma coś w ustach (cukierek). Z innych objawów pozapiramidowych stwierdza się zwolnienie wszelkich ruchów dowolnych (bradykinezja), wzmożone plastyczne napięcie mięśni, szczególnie kręgosłupa, oraz paradoksalny objaw W e s t p h a la po str. lewej.

Poza tym z odchyleń od normy: R o s e n b a c h (+); Lewa szpara powiekowa szersza; Zespół podbródkowy dodatni; Brak odruchów brzusznych (jest tylko prawostr. górny); Nosidłowe (+) lewy żywszy, Kolanowe (+), po str. prawej pseudorzepkowstrząs. Arefleksia podeszwy po str. lewej. M o w a — niewyraźna, zamazana, spowolniona, ochrypła z przydźwiękiem nosowym, sprawia wrażenie jakby chory miał coś w ustach.

R o z p o z n a n i e w danym przypadku nie nastręcza trudności. Chory przebył niewątpliwie śpiączkę przed 6 laty; obecnie wystąpił opisany zespół amyostatyczny.

Jeśli w tak zwanych stanach parkinsoidalnych, pośpiączkowych, drżenie, napięcie plastyczne muskulatury oraz zabu-

rzenia ze str. układu współczulnego są zjawiskiem codziennym, to podobne zaburzenie dyskinetyczne, „ruchów żórawia", zdarza się wyjątkowo.

Umiejscowić tu schorzenie można wyłącznie w układzie pozapiramidowym, dzięki któremu możliwe są ruchy skoordynowane, synergiczne. We wszelkich schorzeniach pozapiramidowych znamienne jest zachowanie torów piramidowych i dzięki temu zdolność wywoływania skurczów oddzielnych grup mięśniowych. Ale wspólne, należycie uzgodnione ruchy, wymagają całości obu układów. Pobudzenie przy uszkodzonym układzie pozapiramidowym zostaje skierowane niewłaściwie: antagoniści, zamiast ulec zwolnieniu, kurczą się jednocześnie z agonistami, ruch jest przesunięty na niewłaściwy mięsień, niekiedy nawet zwrócony w przeciwnym kierunku, a zawsze pozbawiony celowości. Który z rozmaitych obrazów fenomenologicznych wystąpi na jaw, zależy od miejsca usadowienia się ogniska chorobowego wewnątrz łuku pozapiramidowego, oraz od tego, czy ognisko działa pobudzająco, czy porażająco. A więc zaburzenie pozapiramidowe cechuje wadliwa współpraca różnych grup mięśniowych, ułatwiona przez nadmierne lub zbyt małe napięcie mięśni, do których skierowany jest bodziec. W danym przypadku uległ zaburzeniu mechanizm, warunkujący zgodność ruchu tułowia z głową i szyją, a umożliwiający ową wysoce nie celową hyperkinezę. Impuls, w czasie każdego zamierzonego ruchu przeskakując na głębokie mięśnie karku i oba mostkowo sutkowo-obojczykowe, wzmaga w nich napięcie i w rezultacie powoduje obserwowany efekt ruchowy, obok zupełnie możliwych, ale utrudnionych ruchów dowolnych głową i szyją. Wystarczy podtrzymanie podbródka, aby bodziec nie natrafił na nadmierną gotowość ruchową i ruch odbył się celowo.

Kipmanowa, Płońskier i Jochweds. **Przypadek guza śródpiersia z przerzutami do kości.** (Z oddz. I nerw. Wł. Sterlinga).

Przypadek sekcyjny, dotyczy 61-letniej kobiety. 4 miesiące przed przybyciem do szpitala — grypa. Od tego czasu ból w krzyżu wzdłuż tylnej części lewego uda do kolana, lecz największy w lew. pośladku i górnej części lewego uda; promieniował też w kierunku prawego, acz w mniejszym stopniu. Ostatnio ubytek wagi o 17 kilo.

St. ob.: poza lekką tkliwością wątroby, zresztą gładkiej, jej wystawaniem spod łuku żebrowego, oraz stanu podgorączkowego, zmian patologicznych w narządach wewn. nie wykryto. Gruczoły sutkowe normalne. N. n. czaszkowe i k. k.

górne bez zmian. Kończyny dolne pod względem siły, ruchów i napięcia bez zmian. Odruchy z k. k. górnych i brzuszne +. Odr. kolanowe: lewy żywy, prawy zachowany; Achillesa: lewy żywy, prawy słaby, wzgl. brak. Czucie +. Objaw Mackiewicza i Lassegue'a obustr.. Bolesność uciskowa punktów Valleixa po str. lewej. Lekkie kręgosłupa skrzywienie. Bolesność opukowa w okolicy lędźwiowo krzyżowej, również przy obciążaniu oraz w zginaniu i skręcaniu kręgosłupa; w chodzie wyraźne oszczędzanie kręgosłupa. Zdjęcie rtg.: zniszczenie II kr. lędźwiowego. Badanie ginekologiczne zmian nie wykazało. Nakłucie podpotyliczne: wprowadzono do kan. kręgowego lipiodol; zatrzymał się nad trzonem L_1 w kształcie grubego słupka (gąsiennicy); kilka kropel przesunęło się do wysokości L^1 — L^5. Po lipiodolu pogorszenie: wzmożenie się bólu w krzyżu i kończynach dolnych. W płynie mózg.-rdzeniowym: NA +; B ⁼ 32‰; 4 limfoc. Po naświetlaniach promieniami Rtg. wyraźna poprawa: chora, która uprzednio była stale na pantoponie — zaczęła chodzić. Rentg., wykonany 33 dni po zabiegu, wykazał, że lipiodol spadł do worka końcowego. Zmian w kościach miednicy nie było. W tym stanie wypisana 6 IV 1936 r.

Po raz drugi zapisana 20 IX.36 r. Podała, że czuła się znowu na ogół lepiej, chodziła, bolały ją jedynie pośladki. W początkach maja r. 1936 naświetlania pr. Rtg. w Ubezpieczalni. Po ostatnim naświetlaniu b. silny ból w pośladkach. Od tego czasu nie mogła już chodzić z powodu rozpierających bólów w krzyżu i pośladkach, oraz rwących w nogach. Mocz mogła oddawać tylko w pozycji stojącej; stolec stale b. zaparty. — St. ob.: rozlane furczenia prawie na całej przestrzeni płuc; bolesność w okolicy praw. podżebrza. Wątroba wystawała nieco, gładka. Pęcherzyk żółciowy niemacalny. — N. n. czaszkowe, kończyny górne nadal bez zmian; k. k. dolne: nieznaczne osłabienie, zwł. w odcinkach proksymalnych i rozginaczach; również ruchy w tych odcinkach powolne, ostrożne. Odruchy PR słabe, AR—brak obustronnie. Odruchów patologicznych nie było. Wyraźna bolesność II kr. lędźwiowego z opuku i obciążania kręgosłupa. W okolicy kości krzyżowej po str. prawej wyraźne zgrubienie kostne. Czucie wszystkich rodzajów i wybracyjne — zachowane. Chodzić nie może, siedzieć o własnych siłach również nie mogła. Rtg. wykazał, że zniszczenie II kr. lędźwiowego rozszerzyło się znacznie, obejmując również i trzony sąsiednie. Lipiodol znajdował się na poziomie L^1—L^5, częściowo w worku końcowym, częściowo wzdłuż korzeni nerwowych, w postaci kropelek. Cała kość krzyżowa, zwł. po stronie pr. odwapniona, prawie przezroczysta (przerzuty).

W szpitalu nowa seria naświetlań promieniami Rtg.; stan podmiotowy był nieco lepszy; narzekała na uczucie rozpierania w kiszce stolcowej; ustalono per rectum jedynie guzy krwawnicze.

Dn. 8/X.36 r. chorej nagle silnie obrzękła twarz, zwł. po stronie lewej. Obrzęk w ciągu paru dni był tak rozległy, że oczy, zwł. lewe, prawie się zamknęły. Twarz była zasiniona. W moczu: ślad białka, c. g. 1022, w osadzie nieliczne komórki okrągłe, 6—8 leukocytów w polu widzenia, kilka świeżych krwinek w preparacie, liczne szczawiany wapnia. Mocznik w krwi na poziomie normalnym.

Obrzęk twarzy nie robił wrażenia obrzęku nerkowego, raczej tylko miejscowego. Po paru dniach obrzęk po stronie lewej twarzy zmniejszył się, powiększył się po prawej.

Dn. 30/X.36 r. zauważono wyraźne zgrubienie kości w okolicy mostka, oraz wyraźnie zarysowującą się sieć naczyń nad i pod obojczykiem. Zmian w jamach Highmora nie ujawniono. Dn. 3/X.36 r. Rentg. klatki piersiowej: boczne skrzywienie kręgosłupa grzbietowego z przesunięciem serca i naczyń w lewo; serce leżące; łuk tętnicy głównej rozszerzony; wnęka szeroka. Przerzutów nie stwierdzono. Rtg. czaszki: w górnej części kości ciemieniowej ubytek kostny o zarysach nie ostrych (suspicio metastas.), oraz większy ubytek kostny w obrębie kości potylicznej (metastasis).

W czasie tego II-go pobytu w szpitalu stan chorej wciąż się pogarszał, zwł. dokuczał jej rozpierający, silny ból w kiszce stolcowej. Wystąpiły osłabienie i duszność. Obrzęk twarzy utrzymywał się. Dn. 8 XI., po 2-miesięcznym pobycie w szpitalu, chora zmarła.—Na sekcji znaleziono duży nowotwór w obrębie śródpiersia przedniego, drążący do żyły próżnej górnej. We wszystkich prawie narządach wewnętrznych (płuca, wątroba, śledziona i kręgosłup) rozsiane przerzuty. Zniszczenie kręgosłupa było b. rozległe. W czaszce przerzutów nie znaleziono.

Przypadek zasługuje na uwagę ze względu na to, że pierwszymi objawami, które tu wystąpiły, były objawy ze strony kręgosłupa, podczas gdy niewątpliwy pierwotny nowotwór śródpiersia przedniego ujawnił się dopiero znacznie później, dając zgrubienie kości w okolicy mostka, obrzęk twarzy, duszność i t. p.. Na sekcji guz okazał się dość duży, ukryty był jednak tak za mostkiem, że nie udawało się w zdjęciach kształtu jego uchwycić.

W rozprawie Fejgin podkreśla wagę stałej współpracy internisty i rentgenologa, aby, szczególnie w wypadkach wątpliwych, móc należycie odczytywać obrazy rentgenologiczne.

Sprawozdania z posiedzeń w lutym r. 1937.

I. D w o r e c k i i J. G e r t n e r. **Przypadek promienicy płuc.** (Z oddz. B. J o c h w e d s a).

Chory lat 56, przedsiębiorca autobusowy, zgłosił się do szpitala z powodu kaszlu i bólów w prawej połowie klatki piersiowej. Od 1935 r. przetoka promienicza w okolicy kąta żuchwy prawej. W pierwszych dniach listopada wystąpił silny ból w prawym boku, dreszcze, temp. do 40 stop., obfite poty. Stan ten trwał 4 tygodnie. W pierwszych dniach XII. 36. nakłuto opłucnę prawą i wydobyto 400 cm. sześć. płynu mętnego, cuchnącego; w płynie tym znaleziono grzybki promienicy. Po nakłuciu stan chorego poprawił się, ciepłota obniżyła się do 37,4 stop. C., lecz zaczął kaszlać i odpluwać około 200 cm. sześć. żółtozielonej, bezwonnej plwociny na dobę. 18.XII.1936 chorego przyjęto do szpitala.

Przetoka w okolicy kąta żuchwy prawej była leczona dotąd jodem i naświetlaniami prom. R e n t g e n a.

S t a n o b e c n y. Chory wychudzony, wzrostu średniego. Sinica warg. T^0 = 37, 2 stop. C. Tętno 100 na min., średnio napięte i wypełnione, miarowe. Oddechów 24 na min.. Ciśń. krwi 115/75 mm Hg. Szyja: na wysokości kąta żuchwy prawej blizna z widoczną przetoką. W jamie ustnej liczne ko-

rzenie próchnicze; braki w uzębieniu; dziąsła bez zmian widocznych; komunikacji z przetoką wewnętrzną nie stwierdzono. Klatka piersiowa: Ruchomość oddechowa po stronie prawej zniesiona, dolne międzyżebrza po tej stronie miernie uwypuklone. Nad podstawą prawego płuca zniesienie drżenia głosowego, oddech pęcherzykowy osłabiony. W okolicy kąta łopatki ognisko rzężeń drobnobańkowych, bezdźwięcznych. Na pozostałej przestrzeni płuca prawego oraz na całej przestrzeni płuca lewego odgłos opukowy jawny, oddech pęcherzykowy; drżenie głosowe zachowane. W sercu, jamie ustnej i układzie nerwowym nie stwierdza się poza tym odchyleń od normy

W moczu nic szczególnego. Krew: WR—O; opadanie krwinek 24', według Linzenmayera.

Hb. =68%, C. czerwonych 3.610.000, c. białych 9.200. Wzór krwi: segmentowanych 82%, pałeczkowatych 8%, limfocytów 8%, monocytów 1%. Kilkakrotne badanie plwociny nie wykazało ani włókien sprężystych, ani prątków Kocha, ani grzybków promienicy. Również wielokrotne badanie śliny nie wykazało obecności grzybków.

Rentgen: Zacienienie nadprzeponowej części prawego pola płucnego wraz z kątem przeponowożebrowym; powyżej ograniczone intensywniejsze zacienienie.

Dalszy przebieg choroby: 24/XII za pomocą nakłucia opłucnej prawej wydobyto 3 cm. sześc. płynu ropnokrwawego, w którym znaleziono grzybki promienicy. Od 9/I do 20/I chorego naświetlano promieniami Rentgena (ogółem naświetlań 5). Poza tym chory otrzymywał przez cały czas pobytu w szpitalu 9,0 gr. Kal. jodati na dobę do wewnątrz, a przez 2 tygodnie po 10 cm. sześc. 10% Natr. jodati dożylnie. Stan chorego nie poprawiał się jednak, nadal stale gorączkował do 39 stop C; odpluwał dużo ropnej plwociny i skarżył się na ciągłe silne bóle w prawej połowie klatki piersiowej. W połowie stycznia 1937 r. w plwocinie zjawiły się grzybki promienicy, a jednocześnie przy badaniu stwierdzono w obrębie dolnego płata prawego płuca objawy jamisto-amforycznego oddechu i rzężenia dźwięczne. W tym samym czasie wystąpiło chełboczące wygórowanie, wielkości 2-ch pięści, w dolnoprzedniej części klatki piersiowej po stronie prawej (okolica łuku żebrowego), a wokoło twardy naciek w promieniu 2-ch palców poprzecznych. Wygórowanie to nakłuto i wydobyto 120 cm. sześc. gęstej cuchnącej ropy, w której znaleziono grzybki promienicy. Do opróżnionej jamy ropnia wstrzyknięto 2 cm. sześc. 1‰ Cu So 4. W ciągu następnych kilku dni z miejsca nakłucia wydzielał się obficie ropny płyn; bóle ustąpiły; chory kaszlał i odpluwał nadal około 150 200 cm. sześc ropnej plwociny na dobę. T°=38,5°. Przed kilkoma dniami choremu wstrzyknięto przez otwór po nakłuciu 1 cm. szesc. 1%

błękitu metyl. celem sprawdzenia, czy istnieje połączenie między ropniem a płucami. Wynik był ujemny, plwocina nie zabarwiła się na niebiesko. Następnego dnia otwór przetoki zamknął się; odtąd, pomimo codziennych nakłuwań, zbierają się znaczne ilości ropy. Od 2 dni w obrębie ropnia wyczuwa się ubytek 5 i 6 żebra na przestrzeni około 5 cm., jednak zdjęcie rentgenowskie żeber odchyleń wyraźnych od normy nie wykazało. Na proponowany zabieg chirurgiczny (resekcja żeber i szerokie otwarcie ropnia) chory nie zgodził się (został zabrany przez rodzinę do domu w stanie zupełnie beznadziejnym). Streszczając, ma się tu do czynienia z 56 letn. mężczyzną, u którego w półtora roku po wystąpieniu promienicy na szyi zjawiły się dolegliwości ze strony narządu oddechowego w następującej kolejności: najpierw gorączka, dreszcze, bóle w boku prawym, poty oraz objawy płynu w obrębie opłucnej prawej. Dopiero po wypuszczeniu 400 cm sześc ropy chory zaczął kaszlać i odpluwać ropną plwocinę, w której na początku nie stwierdzano grzybków promienicy. W płucu prawym w tym okresie stwierdzono tylko objawy nacieku. Po 4-tygodniowym pobycie w szpitalu wystąpiły objawy jamiste w płucu, a jednocześnie w plwocinie stwierdzono obecność grzybków. W tym samym czasie nastąpiło przejście sprawy na klatkę piersiową.

P a t o g e n e z a p r o m i e n i c y p ł u c. Schorzenie to może wystąpić na drodze: 1) aspiracji lub infekcji — drogami oddechowymi, 2) na drodze bezpośredniego przejścia z sąsiedztwa i 3) na drodze przerzutowej.

Jeżeli chodzi o zdecydowanie, w jaki sposób dostała się w danym wypadku promienica do płuc, to na korzyść pochodzenia przerzutowego, a nie aspiracyjnego, przemawiałyby fakty następujące: 1) dolegliwości rozpoczęły się od dreszczów, $t^0 >$, kłucia w boku, wysięku ropnego w opłucnej, a więc sprawa zaczęła się raczej podpłucowo, natomiast kaszel i plwocina zaczęły się dopiero po 4 tygodniach; 2) w ciągu pierwszych 4 tygodni w plwocinie nie wykrywano grzybków promienicy, grzybki te zjawiły się dopiero po 8 tygodaiach w okresie, gdy stwierdzono objawy jamiste w płucu prawym; 3) brak jakiejkolwiek przetoki wewnątrzustnej i brak grzybków w ślinie. Powiedzieć jednak z całą pewnością, że promienica płuc wystąpiła tu na drodze aspiracyjnej nie można, gdyż chory mógł jeść z ręki bezpośrednio po dotknięciu nią ropy na szyi.

Co do świeżego ropnia w obrębie klatki piersiowej, to należy on niewątpliwie do promienicy żebra, albowiem w badaniu stwierdza się wyraźny ubytek części żebra. Czy powikłanie to nastąpiło per continuitatem z opłucnej, czy też drogą przerzutu krwionośnego, tego na razie stwierdzić się nie dało, tylko ustalono, że po wstrzyknięciu błękitu metylenowego do jamy ropnia plwocina nie barwiła się niebiesko.

W leczeniu przeważa stosowanie dużych dawek jodu; według niektórych również salwarsanu i miedzi. Naświetlania promieniami Roentgena są stosowane przez większość autorów; jeżeli jednak chodzi o promienicę płuc, to na ogół bez wyraźnych wyników dodatnich. Niektórzy autorzy przytaczają nawet przypadki pogorszenia po naświetlaniach.

W danym przypadku o poprawie po naświetlaniach mowy być nie może; odwrotnie, właśnie podczas naświetlań nastąpił rozpad ogniska płucnego oraz przejście ropienia na klatkę piersiową; to jednak mogło być również przypadkowym zbiegiem okoliczności. Chory był również leczony krótkimi falami; te zabiegi zostały jednak przerwane ze względu na obawę oparzeń w związku z nagromadzeniem ropy w klatce piersiowej (według opinii lekarza specjalisty). Zabiegi chirurgiczne na chorym płucu — jak resekcja płata i t. d. — nie dają, według Sauerbrucha, dobrych wyników.

W rozprawie Lubelski przytacza własne przypadki promienicy, leczone operacyjnie i pr. R.; wśród tych były przypadki wyleczenia. Jochweds zaznaczył, że tu przeciwnie po pr. Rtg. było pogorszenie; to łącznie z ostrzeżeniem niektórych chirurgów, którzy wypowiadali się przeciw naświetlaniu promienicy, zdecydowało jednak o porzuceniu tego sposobu leczenia. Tu jest zamierzona rezekcja żebra. Co się tyczy przerzutów, — postępowanie będzie zależało od dalszego przebiegu sprawy. Szper zaznacza, że nie spostrzegał ani jednego przypadku wyleczenia promienicy, gdy przekroczyła ona poza obręb czaszki i twarzy; przypadki z przerzutami są śmiertelne. Należy jak najradykalniej traktować promienicę w ogniskach pierwotnych na twarzy, szczęce i t. d. — Płońskier przypomina, że promienica jest zaliczana do t. zw. zapaleń swoistych. — Jeżeli się nie znajduje druz w punktacie, to można na podstawie obrazu histologicznego rozpoznać sprawę, a mianowicie — na podstawie charakterystycznego utkania ziarniniaka i sporej ilości komórek eozynochłonnych wraz z tłuszczowym zwyrodnieniem dotkniętych tkanek, widocznym w preparatach barwionych sudanem. Dworecki podkreśla ważność dokładnego makroskopowego zbadania punktatu, zawierającego w promienicy charakterystyczne ziarna; niezmiernie je łatwo rozpoznać w zwykłych preparatach pod szkiełkiem pokrywkowym — jako grzybnie. Wygląd mikroskopowy druz zasadniczo nie różni się w ogniskach pierwotnym i przerzutowych. Swoiste utkanie ziarniniaka może mieć wartość rozpoznawczą w badaniu skrawków, mniejszą w ropnych punktatach. Tłuszcz może tu również nie być pochodzenia swoistego, a zależeć od domieszki jego z tkanki podskórnej przy pobraniu próby.

Zyg. Bernstein. **Przypadek agranulocytozy objawowej**. (Z oddz. M. Landsberga).

U 37-letniej, po początkowym obrazie zapalenia woreczka żółciowego z żółtaczką i nieżytem jelita grubego, rozwinęła się posocznica z zapaleniem wsierdzia i ciężkimi zmianami w krwi obwodowej. Objawem dominującym w obrazie krwi jest znacznego stopnia agranulocytoza (500 ciałek biał. w mm^3, w tym 88% limfocytów), na planie drugim jest niedokrwistość i małopłytkowość. Zaznaczona skaza krwotoczna. Wobec tego, iż badanie szpiku kostnego żadnego odchylenia od normy nie wykazało, ucierpiała jedynie jego zdolność eliminacji. Mimo stosowania kilkakrotnych transfuzyj, pernaemonu i t. d., stan chorej stopniowo się pogarsza. Co uszkodziło w tym przypadku narządy krwiotwórcze — zakażenie, czy też pyramidon, który zażywała chora przed przybyciem na oddział, rozstrzygnąć się nie dało.

W rozprawie H. Berensztejn nie podziela wywodów prelegenta co do rozpoznania agranulocytozy objawowej; pojęcie to wymaga każdorazowo bliższego wyjaśnienia etiologicznego. Uznawana jest, jako jednostka chorobowa, jedynie tylko agranulocytoza taka, jak opisana przez Schutza. Wobec uszkodzenia wszystkich elementów krwi oraz skazy krwotocznej, należy uważać ciałka, wymieniane przez referenta jako limfocyty, za myeloblasty i ująć dany przypadek, jako ostrą białaczkę szpikową.

Jochweds podkreśla duże trudności w zakwalifikowaniu i zaszeregowaniu różnych zmian w obrazie chorobowym krwi. Ustrój ludzki rozmaicie reaguje na sprawy podrażnienia szpiku kostnego. Płoński er zwrócił uwagę na nierzadki stosunkowo rozdźwięk między obrazem szpiku kostnego, a obrazem elementów morfologicznych w krwi obwodowej.

Landsberg w związku z przemówieniem kol. H. Berensztejna podkreśla, że niedopuszczalną rzeczą jest rozpoznawać białaczkę szpikową bez jakichkolwiek danych w tym kierunku, zarówno w preparatach krwi, jak i w szpiku kostnym.—Pojęcie agranulocytozy objawowej nietylko nie jest przestarzałe, ale obecnie w piśmiennictwie lekarskim i publikacjach jest przeważnie b. aktualne.

Zyg. Bernstein w odpowiedzi zaznaczył, że limfocyty w preparatach były stare, zupełnie typowe i dawały ujemny odczyn oksydazowy. Prelegent podkreślił również aktualność zagadnień agranulocytozy objawowej, zwłaszcza w związku z agranulocytozą popyramidonową.

H. Altkaufer i Blat. **Rzadki przypadek rzucawki porodowej.** (Z oddz. H. Altkaufera).

A. B., l. 28, niezamężna; podaje, że zawsze była zdrowa. Pierwsza miesiączka w 17-ym roku życia; odtąd nieregularne, co 3—4 tyg. miesiączki, trwające od 3 — 5 dni, skąpe, bolesne. Ostatnia — 12—15/IV36 r. Nie rodziła, nie roniła. Ostatni stosunek płciowy przed 9 cioma miesiącami. W ciąży czuła się dobrze; poza plamieniem w ostatnich 3-ch tygodniach ciąży zaburzeń nie spostrzegała. Skarży się na gryzące obfite upławy. Rozbioru moczu podczas ciąży nie robiła. Pierwsze ruchy płodu poczuła w 5-ym miesiącu; przed przybyciem do Szpitala nie była badana przez pochwę. W czasie ciąży nie była pod obserwacją lekarza, ani położnej. Zgłosiła się do Szpitala 23/I r. b. w godzinach rannych. Z braku miejsca nie została przyjęta. Stwierdzono wówczas, że nie ma znamion ani rozpoczętej akcji porodowej, ani jakichkolwiek objawów, wskazujących na niebezpieczeństwo rzucawki porodowej. Następnego dnia, rano, chorą przyprowadziła rodzina z powodu wystąpienia drgawek; powtarzały się w domu już 3 y razy, a na godzinę przed przyjęciem ciężarnej do Szpitala ujawniono nagłą zupełną ślepotę —S t. o b.: prawidłowa budowa; t. 36,8^0, tętno 140, miarowe, silnie napięte.

Ciśnienie krwi 230/160. Zwraca uwagę zupełny brak obrzęków. W płucach oddech zaostrzony; świsty i furczenia na całej przestrzeni. W sercu: akcja miarowa, przyśpieszone tony, głuchawe. Sutki obwisłe, brodawki chwytne. Brzuch kształtu okrągłego, pokryty nielicznymi rozstępami o zabarwionej linii środkowej. Powłoki brzuszne jędrne. Srom pierwiastki, krocze dość wysokie. Miednica kobieca, prawidłowa, o wymiarze międzykolanowym 26, międzygrzebieniowym 28,5, sprzężnej zewnętrznej 20 cm.. Czworobok Michelisa symetryczny, wzgórek kości krzyżowej ustawiony prawidłowo. Macica konsystencji miękkawej, kształtu gruszkowatego, sięga swym dnem do poziomu o 1 — 2 palce poniżej wyrostka mieczykowatego. Pierścień skurczowy niewyczuwalny. Wody zachowane. Objektywnie bolesności nie stwierdzono. Płód w ułożeniu podłużnym II. Tętno płodu słyszalne po stronie prawej, poniżej pępka. Część przodująca balotuje nad wchodem. Badanie przez odbytnicę stwierdza zachowany pęcherz płodowy, wygładzoną część pochwową szyi o brzegach dość grubych i ujściu zewnętrznym rozwartym na 1 palec. Na zasadzie macalnych szwów stwierdza się część przodującą, główkę, nad wchodem. Badanie moczu poza minimalnym śladem białka — bez odchyleń. Przywieziono chorą do szpitala nieprzytomną; w kilkanaście minut po przybyciu wystąpił ponownie atak drgawek, trwał 2 minuty. Zgodnie z postępowaniem, obowią-

zującym na oddziale, natychmiast dokonano upustu 250 $cm.^3$ krwi, lecz lawatywy odwadniającej nie zdążono wykonać z powodu ponownych ataków drgawek, zmuszających do natychmiastowego rozwiązania ciężarnej.

Najprostszą i najszybszą metodą operacyjną w danym przypadku, wobec braku rozpoczętej czynności porodowej, było cięcie cesarskie, którego dokonano w dolnym odcinku sposobem typowym; wydobyto płód żywy, donoszony, omdlały (po kilku zabiegach cucących omdlenie płodu minęło). Po operacji stan chorej mało się poprawił. Nadal nieprzytomna; ślepota trwa, ciśnienie krwi pozostaje na tym samym poziomie. Pomimo powtórnego upustu krwi w ilości około 200 cm^3 zaszła konieczność zastosowania koca, po którym nastąpiła wyraźna poprawa. Chora stopniowo zaczęła powracać do przytomności i odzyskiwać wzrok, rozróżniając z dnia na dzień coraz wyraźniej światło i ciemność, w końcu przedmioty, a w dniu 4-ym po operacji nastąpiła całkowita poprawa i cofnięcie się wszelkich niepokojących objawów zatrucia ciążowego. — W czasie największego nasilenia choroby wielokrotnie kontrolowane dno oka nie wykazywało żadnych zmian; również regularne badanie moczu — poza śladami białka — nie wykazywało odchyleń od normy. Obserwacje dalsze chorej nie dały powodu do niepokoju; wkrótce powróciła do zdrowia.

Powyższy przypadek znamienny jest ze względu na to, że rzucawkę manifestowały tu jedynie wystąpienie drgawek i wysokie ciśnienie, nie dając pozostałych charakterystycznych objawów w postaci obrzęków, zmian moczu oraz zmian na dnie oczu. Wybitnie tu zaatakowany został ośrodkowy układ nerwowy, czego przejawem była długotrwała ślepota—jak się okazało — przemijająca.

W rozprawie Jochweds porusza sprawy angiospasmus wogóle, amaurozy i nadciśnienia. Niewątpliwie do wystąpienia ślepoty przyczynił się tu stan obrzękowy mózgu, gdyż angiospasmus, jako taki, sam przez się nie mógł trwać 5 dni, zresztą wytworzyłyby się prawdopodobnie zmiany na dnie oczu.

Z. Segał przytoczył dobre wyniki leczenia rzucawki porodowej w Rosji przez prof. Archangielskiego, które polegało głównie na stosowaniu b. obfitych upustów krwi (800 do 1000 cm^3 jednorazowo) oraz środków nasennych i uspokajających (pantopon, luminal). Wyniki opublikowane tej metody przewyższają znacznie korzyści postępowania operacyjnego. Guzman omówił leczenie rzucawki za pomocą wyciągów kory nadnerczy. Rotstadt uważa, że skoro nie było zmian na dnie oczu, to ślepota przemijająca została spowodowana obrzękiem mózgu i toksycznymi zmianami centralnego pochodzenia. Czasową utratę odruchów można sobie wytłumaczyć w analogiczny sposób. R. zaleca wykonywanie nakłuć lędźwiowych,

które w rzucawce porodowej dają bardzo dobre wyniki. — M. Segał zaznaczył, że na oddziale położniczym nakłucia lędźwiowe są stosowane, gdy czas na to pozwala, przede wszystkim jednak wykonywa się upust krwi, lawatywy odwadniające i czyni się przygotowania do ewentualnej operacji. Altkaufer uzupełnia pokaz, podkreślając wielką rzadkość rzucawki porodowej z brakiem jakichkolwiek objawów ze strony nerek i niewystępującym zupełnie białkomoczem. Zasługują specjalnie tu na uwagę zmiany mózgowe w postaci ślepoty całkowitej, bez zmian na dnie oczu, co A. tłumaczy również obrzękiem ocznych ośrodków mózgowych toksycznego pochodzenia.

S. Guzman i P. Zarecki. **Przypadek długo niegojącej się rany atonicznej w cukrzycy**. (Z oddział. B. Jochwedsa i J. Rotstadta).

J. Str. lat 52, zgłosił się zrazu na oddz. chir. z powodu ropnia lewego podudzia. Wykonano dwa cięcia, usunięto tkankę martwiczą. Rana nie goiła się dwa tyg; samopoczucie chorego pogorszyło się; miewał też i stany podgorączkowe. W moczu 3% cukru. Przepisano go na oddz. wewnętrzny, gdzie pozostawał pod opieką jednego z nas (Zarecki). Samopoczucie chorego było b. złe; nie sypiał; każdy ruch sprawiał nieznośne bóle „tak, jakby nogę krajano nożem". W międzyczasie, dzięki diecie i insulinie (2 r. dziennie po 20 j.), został odcukrzony, — poziom cukru we krwi spadł z 300 mg. % do 130 mg.%. W moczu tylko nieznaczne ślady cukru. Bóle w podudziu lewym w dalszym ciągu.—Na podudziu ropiejąca rana (12x7 cm), cuchnąca. Obok mniejsza rana na podłożu bardzo twardym, zaczerwienionym. Chory nie zgodził się na ponowny zabieg chirurgiczny. Przekazany więc został w stanie, powyżej opisanym, do dalszego leczenia konserwatywnego jednemu z nas (Guzman). W tym celu codziennie przynoszono go na oddz. fizjoterapeutyczny dra J. Rotstadta, gdzie otrzymywał następujące zabiegi. Po nałożeniu opaski elastycznej wysoko na lewe udo jednocześnie naświetlano ranę lampą kwarcową i radiotermem dra Rotstadta (ten działał tu jako czynnik termiczny). Na oddziale wewnętrznym stosowano co drugi dzień autohemoterapję: 10 ccm.. Dbało się też, aby poziom cukru pozostawał na poziomie normalnym we krwi i nie przekraczał 120 mg.%. Objaw „płaczu ran" po nałożeniu opaski elastycznej wybitnie dodatni.

Już po trzech dniach nastąpiła znakomita poprawa. Chory, który od dziewięciu tygodni gorączkował i nie sypiał blisko miesiąc, poczuł się znacznie lepiej. Sypia; bóle znacznie mniejsze. Po 10-iu dniach przychodzi już na oddział o lasce, bez pomocy posługaczy. Rana znacznie zmniejszona (6 x 2 $cm.^2$). Obecnie rana, wielkości złotówki, o dnie pokrytym

świeżą czerwoną ziarniną. Chory nie odczuwa żadnego bólu. Waży o 4 kilogr. więcej.

Połączenie w jedno kilku korzystnych czynników w postaci terapii ogólnie tonizującej (autohemoterapia) oraz leczenia fizykalnego metodą, stosowaną przez nas na oddziale dra Rotstadta, w postaci czynnika fotochemicznego (lampa kwarcowa), termicznego (lampa sollux, radioterm) i tłocznego (opaska elastyczna) doprowadziło do znakomitego wyniku w wypadku, jak się na pozór zdawało, rozpaczliwym. Guzman zapewnia, że po dwuch lub trzech tygodniach chory będzie całkowicie wyleczony.

(Dokładny opis metody postępowania oddziału fizykalnej terapii—patrz w pracy S. Guzmana „O współczesnych metodach biologicznego i fizykalnego leczenia ran atonicznych, ze szczególnym uwzględnieniem metody własnej". Lekarz Wojskowy T. XXX Nr. 1, r. 1937).

W rozprawie Landsberg podaje, że razem z Kołodziejskim stosował doraźnie insulinę w ranach atonicznych z dobrym wynikiem. Ostatnio stosują różne diety w celu zakwaszenia lub zalkalizowania ustroju; zdania różnych autorów w tej sprawie są rozbieżne. Szpilman nie widzi jeszcze tak znacznej poprawy, aby można uważać ranę już za zagojoną. Jochweds podkreśla znakomitą poprawę u chorego, który zrazu, po przepisaniu z oddz. chirurgicznego, znajdował się w złym stanie. Już po paru dniach leczenia, jak powiedziano, chory zaczął sypiać; bóle ustąpiły; rana oczyściła się z ropy; zaczęła się szybko goić. To, czego nie udało się uzyskać przez długie miesiące leczenia chirurgicznego, uzyskano tu w stosunkowo krótkim czasie.

Na marginesie tego przypadku Jochweds twierdzi, że na swoim oddz. uzyskał wyniki zupełnie niezgodne z wynikami doc. Węgierki, o ile chodzi o zmiany dodatnie po stosowaniu diety węglowodanowej u cukrzyków. (Nastąpi o tym oddzielne sprawozdanie). Rotstadt podkreśla raz jeszcze skuteczność postępowania w leczeniu ran atonicznych, wg. metody, stosowanej na jego oddziale. R. w wielu przypadkach przekonał się, że tam, gdzie zawodziły wszelkie inne metody, metoda oddziału, opisana przez Guzmana, okazała się skuteczna. (Istotnie, ponowny pokaz chorego (5/III-37) przekonał o zupełnym wyleczeniu rany).

Ch. Goldberg, Munwes i Płońskier. **Przypadek ropnia wątroby.** (Z oddz. B. Jochwedsa).

Choroba rozpoczęła się 3 tyg. temu: gorączka i wymioty. W 2 tygodniu choroby gwałtowne dreszcze; trwają do dziś i powtarzają się 2 — 3 r. dziennie. — Skarży się na osłabienie

i pragnienie; bólów nie ma. Tętno 120'; Język obłożony. W narządach kl. piersiowej bez odchyleń. W dołku międzyżebrowym napięcie mięśni i nieznaczny ból uciskowy. Wątroba niemacalna, wystaje o 2 palce spod łuku Śledziona niemacalna. Doły biodrowe wolne. W moczu 0.15%, białka, urobinogen i urobilina nie zwiększone. Krew: leukocytów 8200, OB — 7'. Odczyny zlepne (dur brz., para A, B i C.) ujemne. Rozpoznano: abscessus hepatis (?). Sekcja: abscessus permagnus hepatis. — Jak wiadomo, w przypadkach t. zw. ropnia „pierwotnego" wątroby jednym z najczęstszych objawów jest większy lub mniejszy ból w okolicy podżebrza prawego i dołka międzyżebrowego. Tu nie było żadnych bólów, rozpoznawaliśmy jednak ropień wątroby ze względów następujących: dreszcze, OB—7', napięcie mięśni w dołku międzyżebrowym.

W rozprawie Dworecki podkreślił, że w ropniach wątroby z dopływu krwi żyły wrotnej, a więc pochodzenia jelitowego, wykrywa się pałeczkę okrężnicy, enterokoki, niekiedy paciorkowce. Posocznice ogólne, o innym punkcie wyjścia, dają w przerzutowych ropniach wątroby inny wynik badań bakteriologicznych (gronkowce i inne bakterie).

Br. Karbowski. **Mięsak gardzieli leczony operacyjnie.** (Z oddz. B. Karbowskiego).

Cz. M. lat 27, z zawodu ślusarz, zgłosił się na oddział po raz czwarty z guzem gardzieli, wychodzącym z zatoki gruszkowatej Przed dwoma laty wykonano poza szpitalem tracheotomię wskutek duszności po dokonanej ambulatoryjnie biopsii guza gardzieli. W szpitalu po 3-tygodniowym pobycie rurkę usunięto. Następnie go naświetlano kilkakrotnie maksymalnymi dawkami promieni Rentgena, aż do wystąpienia silnego odczynu ze strony skóry. Po roku stwierdzono nawrót. Badanie ustaliło guz wielkości orzecha laskowego, który groził zupełnym zamknięciem światła krtani i uniemożliwiał przyjmowanie pokarmów. Choremu zaproponowano doszczętną operację; zgodził się pod warunkiem, że nie będzie wykonana powtórna tracheotomia.

Wobec niemożności dalszych naświetlań usunięto guz drogą cięcia gardzieli podgnykowego (Pharyngotomia subhyoidea). W przebiegu pooperacyjnym (w 2-gim tygodniu) wystąpiła jednak nagła duszność, która zmusiła do dokonania tracheotomii w bardzo trudnych warunkach, ponieważ górna część tchawicy i krtani była w następstwie naświetlań pr. Rtg. zapadnięta i częściowo zniszczona. Rurkę wprowadzono w dołku nadmostkowym. Obecnie dużo kłopotów sprawia rana po faryngotomii, niewykazująca po licznych naświetlaniach rentgenowskich tendencji do zagojenia.

Znaczna poprawa w stanie rany nastąpiła po zastrzykach Pernaemonu i podawaniu soku marchwi doustnie. Niewątpliwie nastąpi zabliźnienie rany. Ewentualnie mała przetoka może być w przyszłości wtórnie zamknięta.

W rozprawie Płońskier podkreślił, że guzy nosogardzielowe nie raz pod względem histopatologicznym bywają mało zróżnicowane; dlatego niekiedy, jak i w danym wypadku, trudno je zakwalifikować do grupy raków czy mięsaków.

Br. Karbowski. **Obustronne ropnie zrazów czołowych mózgu pochodzenia urazowego.**

L. G., lat 26, furman, kopytem uderzony w głowę. Przybył z oddziału chirurgicznego szpitala. Stan ciężki, zamroczony; objawy oponowe. Rana tłuczona w okolicy nadbrwiowej; uszkodzenie oka lewego; dno jego niewidoczne. Rtg.: złamanie kości czołowych z otwarciem zatok.

W czasie zabiegu operacyjnego stwierdzono powikłane złamanie ścian przednich i tylnych kości czołowych. Po usunięciu odłamków kostnych z tkanki mózgowej, odsłonięto dużą jamę w zrazie czołowym lewym. Ubytki wysączkowano. Oko

lewe wyłuszczono. W okresie dalszego leczenia pooperacyjnego stwierdzono znaczne obustronne ropnie zrazów czołowych mózgu.

Obecnie już wydzielina skąpa; ropnie goją się. Ciekawe są tu objawy psychiczne: lekka euforia, skłonność do dowcipkowania, duże braki w zakresie zdolności czytania i pisania.

W rozprawie Bregman podkreśla, że dla oceny rozpoznania: ropień zrazu czołowego a nowotwór — wczesne objawy zaburzeń psychicznych przemawiają zazwyczaj za sprawą ropną.

Sprawozdania z posiedzeń w marcu r. 1937.

Birenbaum i Fuswerk. **Przypadek ospy wietrznej u dziecka, sąsiadującego z chorą na półpasiec.** (Z oddz. E. Hermana).

U chorej Z. Gr., dotkniętej wiądem rdzenia, wystąpiła na skórze twarzy, szyi i głowy w obszarze unerwienia C_2 wysypka o typie półpaśca. — A po 14 dniach u dziecka, na łóżku sąsiednim, zjawiła się obfita wysypka. W przebiegu dalszym ustalono, iż to ospa wietrzna. Było tu więc jednoczesne zachorowanie na półpasiec i ospę wietrzną, która wystąpiła po 14 dniach od zjawienia się półpaśca, t. j. po czasie, odpowiadającym okresowi wylęgania dla ospy wietrznej.

O związku półpaśca i ospy wietrznej pierwszy mówił Bockay. Wielu potem zajmowało się tym zagadnieniem; udawało się przez przeszczepianie zawartości pęcherzyka półpaśca wywoływać u małych dzieci charakterystyczne odczyny miejscowe lub wysypkę, podobną do ospy wietrznej lub oba zjawiska jednocześnie. Brasławski z Kijowa (Pr. Med. 1931. Nr. 91) niedawno opisał epidemję ospy wietrznej, wywołanej przez półpasiec; zarazki tych chorób uważa on za identyczne.

Netter i Orbain (Pr. Med. 1933) stwierdzili w surowicy chorych na półpasiec przeciwciała, wiążące dopełniacz przeciw antygenowi ospy wietrznej. — Ze 100 doświadczeń 93 wypadły dodatnio. Paschen znalazł w zupełnie świeżych pęcherzykach ospy wietrznej i półpaśca pewne ciała elementarne, które uważa za zarazki tych chorób; ciałka te półpaśca ulegały swoistej aglutynacji pod wpływem surowicy ozdrowieńców zarówno po ospie wietrznej, jak i po półpaścu.

Doświadczenia te, a przede wszystkim dodatnie wyniki aglutynacji krzyżowej, przemawiają za bliskim pokrewieństwem zarazków ospy wietrznej i półpaśca. Znane są doświadczenia, w których udało się z chorych (wzgl. i zmarłych) na śpiącz-

kowe zapalenie mózgowia wyodrębnić zarazek półpaśca. L e p i n e wywoływał objawy enceph. lethargica przez wszczepianie półpaśca do rogówki królika. — Być może, istotnie zarazki ospy wietrznej, półpaśca i encep. letharg., jako zarazki ektodermoneutropowe (Levaditi), są identyczne. — Pod wpływem nieznanych czynników ulegają one aktywizacji lub transformacji biologicznej i wywołują różne postaci chorobowe.

W rozprawie H i g i e r podkreśla, że herpes zoster., tak bardzo zbliżony do ospy wietrznej, przebiega z silnymi bólami, podczas gdy pęcherzyki w ospie wietrznej nie wywołują żadnego bólu. H e r m a n dodaje, że będąc lekarzem Pogotowia Opiekuńczego dla dzieci spostrzegał, iż tam, gdzie wydarzały się przypadki półpaśca — w sąsiedztwie pojawiały się przypadki ospy wietrznej. — Bóle w półpaścu występują dlatego, że sprawa toczy się w zwojach współczulnych.

B. J o c h w e d s, M. P ł o ń s k i e r, M. G o l d s z t e i n, B. K e l n e r. **Przypadek wielokrotnych bezbolesnych zawałów sierdzia.** (Z oddz. wewnętrznego B. J o c h s w e d s a i z pracowni anat.-patolog. M. P ł o ń s k i e r a).

M. K., lat 50, pracownik tramwajowy. Poprzednio zawsze zdrów. Lues negat.. Pił i palił miernie. W ciągu kilku ostatnich tygodni: duszność i łatwe męczenie się przy każdym wysiłku. 20/XI 1936 r. zachorował wśród objawów ogólnego rozłamania, znacznego osłabienia, wysokiej gorączki i kaszlu. 1/XII wobec braku poprawy skierowany do szpitala.

Stan obecny (1/XII 36): Wzrostu wyżej średniego; budowa prawidłowa, mocna. Stan odżywienia dość dobry. Temperat. rano 37,2°, wieczorem 38,8°. Tętno 96 na min., miarowe, średnio napięte i wypełnione. Ciśnienie krwi 110/70 mm. Hg. Oddechów 24 na min.. Twarz zabarwiona prawidłowo. Płuca: z obu stron od kąta łopatki do samego dołu przytłumienie, oddech chuchający, sporo rzężeń drobnobańkowych bezdźwięcznych (bronchopneumonia confluens). Serce: granice prawidłowe, tony czyste, głuchawe; II-ie tony nad podstawą serca niewzmożone. Wątrobę namacuje się o 1 palec pod łukiem żebrowym; miękka, o brzegu ostrym, tkliwa na ucisk. Śledziona niemacalna. Układ nerwowy: źrenice równe, kształtne, dobrze reagują na światło i przystosowanie. Odruchy ścięgniste zachowane.

Badania pomocnicze. Mocz: c. g. 1025; białko, cukier—0; urobilinogen niewzmożony; w osadzie +. Plwocina: śluzowo-ropna, skąpa, laseczników Kocha ani włókien sprężystych nie zawiera. Krew: WR. —. O. B. — 40% (w/g. Linzenmayera); białych ciałek 11600, w tym kwasochłonnych 1%, pałeczk. 4%, segment. 67%, limfocytów 19%, monocytów 9%.—Rentgen (2/XII):

nieznaczne zawoalowanie dolnych odcinków obu płuc; wymiary serca i aorty prawidłowe.

P r z e b i e g c h o r o b y. 2-3-4 XII T° 37 do 39,0, stan chorego bez zmiany. 5/XII: T°—36,5°, tętno 84, oddechów 20 na min., samopoczucie lepsze. W płucach — przytłumienie dopiero od IX ż, rzężeń znacznie mniej. 6—7/XII — dalsza, aczkolwiek b. powolna i nieznaczna, poprawa.

8/XII podczas wizyty stwierdzono zmianę w zachowaniu i wyglądzie chorego. Był on niespokojny, podniecony; nie może sobie znaleźć miejsca w łóżku. Skarży się na uporczywą duszność, nie pozwalającą na pozostawanie w pozycji leżącej, na uczucie lęku i na strach śmierci. Ż a d n y c h a b s o l u t n i e b ó l ó w ani dnia poprzedniego, ani tego dnia, ani też w ciągu dni następnych nie odczuwał. Twarz chorego tylko nieco bledsza, niż dnia poprzedniego, natomiast rzuca się w oczy zupełnie zmieniony — wystraszony, wylękniony wyraz twarzy. Tętno 120 na min. (poprzedniego dnia — 84), słabo napięte i wypełnione. Ciśnienie krwi 95/75 mm. Hg. O d d e c h ó w 44 n a m i n., typ oddychania mieszany. Stan płuc i serca jak dnia 5/XII, tylko tony serca jeszcze bardziej głuche; wymiary serca prawidłowe. Wątroba wystaje na 3 palce spod łuku żebrowego, dość miękka, b. wrażliwa na ucisk.

Na zasadzie całokształtu wymienionych objawów (lęk, niepokój, strach przed śmiercią, duszność, znaczne przyśpieszenie tętna i oddechu — do 120 i 44 na min., spadek parcia tętniczego krwi) rozpoznano tu skrycie przebiegający, bezbolesny zawał sierdzia. Wyłączono natomiast „zwykłe" infekcyjnotoksyczne osłabienie mięśnia sercowego: po 1) dlatego, że nie powoduje ono objawów ogólnych, które stwierdzono w danym przypadku; po 2) z tego względu, że — zarówno na zasadzie własnego doświadczenia, jak i na podstawie danych z piśmiennictwa — doszło się tu do przekonania, że występujące bez wszelkiej widocznej przyczyny i przebiegające w takim zespole ostre osłabienie serca zależy zazwyczaj właśnie od bezbolesnego zawału sierdzia. Z innych schorzeń wyłączyliśmy ostre porażenie krążenia obwodowego, ewentualnie krwotok wewnętrzny, ze względu na stosunkowo niezłe tętno i niezbyt znaczną bladość chorego; embolię tętnicy płucnej — ze względu na brak sinicy oraz brak odpowiednich zmian w płucach, t. zw. „ostrą tamponadę serca" przez płyn w worku osierdziowym — ze względu na brak charekterystycznych zmian fizykalnych.

9/XII t.° 37,0°, tętno 120, oddechów 40 na minutę; stan ogólny i narządów wewnętrznych oraz dolegliwości podmiotowe jak dnia poprzedniego. Jedynie w IV—V lewym międzyżebrzu, tuż przy mostku, wyraźne dwufazowe t a r c i e o s i e r d z i o w e. OB—30 min. Białych ciałek — 21 000, w tym pałeczkowatych 1%, segmentowanych 76%, limfocytów 18%, monocytów

5%. A więc — potwierdzenie rozpoznania z dnia 8/XII. Różnica pomiędzy przebiegiem bezbolesnego zawału w danym przypadku, a większością dotychczas opisanych przypadków zawału, polegała na tym, że zawał nie przebiegał tu pod żadną inną „maską". Objawy niedomogi lewej komory, aczkolwiek wybitnie zaznaczone (przyśpieszenie i osłabienie tętna, przyśpieszenie oddechu przy braku sinicy), nie pokrywały jednak pozostałych objawów zawału i na plan pierwszy wysuwał się sam zawał, jako taki, przebiegający w zespole całkowicie rozwiniętym, ze wszystkimi objawami ogólnymi i psychicznymi. Z zespołu tego wypadł jakgdyby jeden jedyny tylko objaw, uważany dotychczas za najbardziej kardynalny, — uczucie bólu. Elektrokardiogram, wykonany dnia 11/XII przez kol. Trybla, wykazał świeży zawał w tylno-podstawnej części lewej komory („Typ T"). Wobec tego, że stwierdzenie tarcia osierdziowego wskazywało na zawał w przedniej części tejże komory, należało przypuszczać współistnienie dwóch zawałów sierdzia — jednego o przednim, drugiego o tylnym umiejscowieniu.

Dnia 12/XII stan chorego poprawił się nieco. Duszność, lęk i niepokój ustąpiły. T. — 36,8°, tętno 102, oddechów 26 na min.. Tarcie, słyszalne jeszcze dnia poprzedniego, znikło.

Dnia 13/XII — ponowne bardzo znaczne pogorszenie stanu chorego, w postaci gwałtownej duszności oraz nawrotu uczucia lęku i strachu przed śmiercią, obok braku bólów. Chory wybitnie blady, cały zlany zimnym potem. T.° — 36,5°, tętno 136 na min., nitkowate, miarowe. Oddechów 52 na min. Płuca: od 1/2 łopatki do samego dołu liczne rzężenia drobnobańkowe. Serce: lewa granica sięga o 2 palce na zewnątrz od linii środkowo-obojczykowej (poprzednio na linii śr. ob.). Tony serca głuche, nad koniuszkiem cwał przedskurczowy. Wątroba na linii poprzeczno-pępkowej, o brzegu tępym.

Dn. 14/XII — t. 37,3°, tętno 132 na min., ledwo macalne, oddechów 48 na min. Stan chorego nadal b. ciężki, cwał nad koniuszkiem serca utrzymuje się. Na stopach, podudziach i krzyżu — obrzęki, powiększające się odtąd gwałtownie z dnia na dzień, pomimo środków moczopędnych oraz codziennych wstrzykiwań dożylnych strophantyny (1/8—1/4 mgr.), które zalecono ze względu na szybko narastającą niedomogę serca — To też również i tym razem — zarówno ciężkie objawy ogólne, towarzyszące nagłemu załamaniu się krążenia w dn. 13/XII, jak nieustępujący „stan zapaściowy" oraz następowa niedomoga serca — nasuwały przypuszczenie nowego zawału sierdzia.

Dn. 17/XII nad całą powierzchnią serca 2 bardzo ciche tony; nad dolną powierzchnią mostka — szmer tarcia osierdziowego. Wobec tego, że wystąpienie tarcia osierdzia w 4 dni po zawale (13/XII) było mało prawdopodobne — uważano fakt ten za dowód powstania jeszcze jednego świeżego zawału sierdzia.

Dn. 18/XII chory zamroczony, tętno 140, chwilami zupełnie niemacalne. Olbrzymie obrzęki kończyn dolnych, sięgające do pachwin, obrzęk moszny, obrzęk krzyża. Nad całym sercem cwał przedskurczowy, szmeru tarcia nie słychać. Dn. 19/XII — chory nieprzytomny, bez tętna; dn. 20/XII — zmarł.

Rozpoznanie kliniczne brzmiało: Wielokrotne bezbolesne zawały sierdzia. Suche zapalenie osierdzia pozawałowe. Niedomoga serca. Zastój w wątrobie i płucach. Obrzęki nóg i krzyża.

Rozpoznanie anatomopatologiczne (dr M. Płońskier): Infarctus multiplices myocardii, praecipue musculi ventriculi sin. et septi ventriculorum. Arteriosclerosis gravis obliterans arteriarum coronarium cordis. Pericarditis recens. Dilatatio cordis. Cor bovinum. Thrombi parietales ventriculi sin. et dextri cordis. Venostas. organorum. Hydrothorax. Sclerosis arter. periphericarum.

Na zakończenie pozostaje do omówienia przyczyna bezbolesnego przebiegu zawałów. Najbliższym prawdy w omawianym przypadku wydaje się zmniejszenie wrażliwości osobniczej na ból, wszystkie bowiem zawały przebiegały tu jednakowo bezboleśnie.

A. Bieleńki i B. Rozenberg. **Przypadek szybkiego samoistnego gojenia się, wzgl. zapadania, jamy w płucu.** (Z oddz. M. Landsberga).

Chory, lat 17, zgłosił się do szpitala celem otrzymania odmy sztucznej. Zachorował 3 tyg. przed przybyciem wśród objawów gorączki do 38,5° i krwioplucia. Stan ten trwał 2 tygodnie, po czym t^0 spadła i krwioplucie ustało. Zdjęcie rentgen., wykonane w tym okresie czasu, wykazało trójkątny naciek, zwrócony wierzchołkiem do wnęki, a podstawą do opłucny w górnym płacie prawego płuca. —W 2-gim roku życia odra, w 3-cim koklusz, w 12-tym zapalenie płuc. W rodzinie nikt na płuca nie chorował. — St. ob.: płuca o granicach dobrze ruchomych, bez zmian w charakterze oddechu i bez szmerów dodatkowych. W pozostałych narządach żadnych odchyleń od normy. Badanie plwociny, treści żołądkowej, kału — prątków gruźliczych nie wykryło. Obraz krwi w granicach normy. Opadanie krwinek przeszło 6 godzin. Pirquet dodatni.

Zdjęcie rentgenowskie, wykonane w tydzień po przybyciu do szpitala, wykryło pod obojczykiem prawym jamę wielkości 5-ciu złotych. — Chory podczas kilkumiesięcznego pobytu w szpitalu nie gorączkował, stale przybywał na wadze, nie kaszlał, nie pluł; sedymentacja utrzymywała się na tym samym poziomie. W płucach — poza zaostrzonym oddechem nad szczytem prawym — nic nie stwierdzono. Seryjne zdjęcia rentgenowskie wykazały stopniowe, ale stałe zmniejszanie się jamy, aż do zupełnego zapadnięcia. Rentgenogramy, przedostatni i ostatni, zrobione po 5 i 6-ciu miesiącach od chwili zachorowania, wykazały cienkie ledwie dostrzegalne pasemko bliznowate. W rozpoznawaniu zastanawiano się nad zapaleniem, zajmującym część górnego prawego płata pochodzenia grypowego lub też swoistego. Lokalizacja sprawy w miejscu typowym dla nacieków Astman - Redekera, początek choroby od krwioplucia i charakter przebiegu skłania do przypuszczenia, że w danym przypadku była tak rzadka postać szybkiego zniknięcia nacieku i jamy gruźliczej.

W rozprawie B. Glas wypowiada się za wyczekiwaniem w stosowaniu odmy w podobnych przypadkach, jak to uczynili prelegenci. Gdy jednak zdjęcia rentgenowskie nie wykazują zanikania sprawy, należy przystąpić do odmowania.

Steinberg omawia przebieg kliniczny i gojenie się jam gruźliczych oraz innego pochodzenia. Sprawy jamiste płuc mogą nie być pochodzenia gruźliczego, aczkolwiek rentgenogramy i lokalizacja przemawiają za t. b. c.. Decyduje wykrycie w plwocinie prątków Kocha, co w danym wypadku dało wynik ujemny. Jamy, spowodowane sprawą nie gruźliczą, są częste i leczą się znacznie szybciej. Tu twierdzić z całą stanowczością nie można, że była to jama gruźlicza.

Płońskier zaznaczył, że z punktu widzenia anatomicznego nie może być mowy o gojeniu się jam w płucach; jamy raczej zapadają się.

Bieleński w odpowiedzi, przeciwnie, nie godzi się z przypuszczeniami kol. Steinberga co do pochodzenia omawianej tu sprawy. Uwzględnić należy całokształt przebiegu klinicznego, początek zachorowania od chwili krwotoku, gorączkę, lokalizację jamy i t. d, aby z całą stanowczością rozpoznać tu pochodzenie gruźlicze schorzenia.

L. Lipszowicz. **Pokaz przypadków porażenia n. twarzowego z asymetrycznymi objawami roślinnymi.** (Z oddz. J. Rotstadta),

I-szy). R. T., l. 17. Zgłosiła się 7.X.1935 r. Od 9-ciu lat częste (niemal codzienne) napadowe bóle głowy z mroczkami migocącymi oraz drętwieniem całej $^{1}/_{2}$ ciała łącznie z językiem. W czasie napadu drętwienia nie mogła mówić; obejmowało ono z reguły lewą $^{1}/_{2}$ ciała, a niekiedy występowało i po stronie prawej (wówczas również nie mogła mówić). Prawie w tym samym czasie, co i bóle głowy, zjawił się (po przebytej płonicy) ropotok z lewego ucha.

W VII.35 r. operacja radykalna w uśpieniu ogólnym (dr Karbowski). W dniu operacji porażenie l. nerwu twarzowego; według chorej, pogarszało się stopniowo w ciągu 5-ciu tygodni. Na oddziale laryngologicznym (5 tygodni) otrzymywała nagrzewania twarzy lampą elektryczną, w ciągu zaś następnych 6-ciu tygodni stosowano lampę sollux i masaż.

Po operacji napady bólu zaczęły obejmować tylko lewą $^{1}/_{2}$ głowy, w mniejszym stopniu — również i twarz po str. lewej. Napadom drętwienia towarzyszyło ziębienie całego ciała, przyczym dotkliwiej odczuwała zimno po str. lewej. Ziębienie trwało 20 minut. Napady miewała często, codziennie, a nawet kilka razy dziennie. Utrzymuje, że od czasu operacji, w czasie chłodów, zimno odczuwa dotkliwiej w l. kończynach. — 7.X.36 r. stan n. twarzowego był następujący. Marszczenie czoła po stronie lewej — zniesione (— — — —); w próbie zamykania oka pozostaje wyraźna szczelina (+ + — —);

w próbie pokazywania zębów — bezruch po str. l. (— — — —). W spokoju, w ruchach mimicznych - asymetria twarzy zupełna. Punkty n. trójdzielnego po str. lewej tkliwe na ucisk, bolesny też z ucisku wierzchołek fałdy nosowo-wargowej u skrzydła nosa.

Wśród diatermii (2 elektrody jednakowe na uszy) odczuwa <-sze ciepło po str. lewej — w uchu oraz barku. Z dotyku skóry drucikiem przewodnika odczuwa kłucie (wyładowania elektryczne) silniej po stronie lewej.

W ciągu tygodnia (w końcu października i na początku listopada) szybko postępująca poprawa; zrazu znacznie mniejsza asymetria w spokoju oraz w ruchach mimicznych, później i — w ruchach czynnych, unoszeniu brwi, lepsze zwarcie powiek, prawie zupełne ruchy u kącika ust. Od tego czasu aż dotąd (luty 1937), poprawa dalej nie postępuje. — Wystąpił niebawem obrzęk lewej 1/2 twarzy, trwający do dnia dzisiejszego.

W okresie poprawy znikła nadwrażliwość lewych kończyn na zimno, oraz ciepło (obustronnie zaczęła reagować jednakowo) Napady migrenowe stały się rzadsze. Podczas stosowania dwustronnego diatermii (przez małżowiny uszu) zaczęła lepiej odczuwać ciepło po str. prawej (!). Tu—obok porażenia n. twarzowego, była więc i migrena. Należy też podkreślić stan przeczulicy (zarówno na ból jak i zmiany t°) w całej lewej 1/2 ciała. Pozostaje tu otwarta kwestia związku stanu przeczulicy połowiczej z trwającymi od 9-ciu lat napadami połowiczego drętwienia. Zastanawia zmiana w napadowych sensacjach, jaka dokonać się jakoby miała po operacji radykalnej. Nie jest wyłączone, że zabieg wywarł pewien wpływ na układ roślinny i przedtem chwiejny. Być może, chodzi tu o następstwa uszkodzenia wśród operacji radykalnej splotu bębenkowego (plex. tympanici), zawierającego zarówno włókna współczulne jak i przywspółczulne. (Jak wiadomo, Speranski, Krol i inni przypuszczali, że podziałanie już i na małym odcinku układu roślinnego spowodować może zmiany w całym układzie). Szczególnie tu godne podkreślenia, że poprawa ruchowa w obrębie n. twarzowego rozpoczęła się dopiero wtedy, gdy już przeczulica minęła.

II-gi) Wacł. Szym., lat 29. Od dziecięctwa zapalenie ucha w następstwie płonicy. Od roku drgania w wardze oraz oku po str. prawej. 26 X-36 r. operacja radykalna. W końcu IX.36 — porażenie prawego nerwu twarzowego, poprzedzone w ciągu 3-ch tygodni sensacjami w obrębie szyi, w postaci darcia, a pod koniec — i ziębienia. Zastosowano nagrzewania szyi, następnego dnia — wystąpiło porażenie twarzy, stopniowo narastające. W badaniu: wybitne porażenie n. VII-go

o typie obwodowym. Brak tkliwości punktów n. V-go na ucisk. 30.XI.36 r. ponowna operacja radykalna (dr Karbowski), w czasie której stwierdzono ziarninę, drążącą w głąb kanału n. VII-go. Już następnego dnia po operacji rozpoczęła się poprawa w zakresie n twarzowego; postępowała tak szybko, że 12.XII.36 r. (wypisanie z oddziału), była nieznaczna tylko asymetria twarzy. Tu, obok czucia opacznego, poprzedzającego porażenie n. twarzowego, zwraca uwagę szybka poprawa po operacji; wytłumaczyć tę poprawę można procesem, rozwijającym się na drodze odruchowej.

III-ci) A. Kwart., lat 33. Często miewa bóle głowy. 16.IX.36 r. ból lewej $^1/_2$ głowy, oraz w głębi ucha, a następnego dnia — porażenie nerwu twarzowego. Drętwienie lewej $^1/_2$ języka.

22.IX.36 r. stwierdzono po str. l. twarzy: marszczenie czoła ++ — —, przymykanie oka +++ —, pokazywanie zębów — — — —. Po str. lewej wyraźny odruch rogówkowo-żuchwowy. Bólu z ucisku punktów n. V. niema. Wśród diatermii (przez czoło kark) obficie poci się str. prawa, znacznie mniej lewa (porażona). To samo zjawisko podczas ogrzewania lampą Sollux twarzy po str. lewej, poci się przy tym przede wszystkim prawa $^1/_2$ twarzy 30.IX.37 r. rozpoczyna się szybko postępująca poprawa, a 23.X. kończy kurację w stanie całkowitego niemal wyzdrowienia. W tym czasie znika odruch rog.-żuchwowy, zjawia się natomiast po str. l. objaw Chwostka. Tu należy podkreślić upośledzenie pocenia się po str. porażenia oraz względnie szybką poprawę.

IV-y) S. Rajt..., l. 62, 14.X.36 r. po wychyleniu głowy przez okno poczuła ból w skrawku pr. ucha oraz za uchem. Następnego dnia „szczypanie" w uchu, ból w podbródku.—Pijawki za ucho. Trzeciego dnia nie mogła już zamknąć oka prawego. Często bóle głowy, przeważnie w prawym ciemieniu. Drętwienie w dłoniach, zwł. prawej. Przed 10-ciu laty „dzwonienie" w prawym uchu i osłabienie słuchu, po tygodniu objawy te ustąpiły.

28.X.36 po pr. str. twarzy: marszczenie czoła — — — —, przymykanie powiek++ — —, pokazywanie zębów — — — —. Punkty nerwu V-go bez wyraźnej bolesności uciskowej. W diatermii czuje ciepła więcej po str. praw. — Po 2 dniach pogorszenie (gorzej zamyka oko), zarazem duża tkliwość na ucisk punktów nerwowych na twarzy oraz na szyi po str. prawej. Hemiptosis prawej powieki. Do 1.II.37 r. trwają bóle głowy, na początku tylko w prawej $^1/_2$, w XII. 36 r. zaś w lewej $^1/_2$. Od lutego bóle głowy ustąpiły. W tym też czasie wrażliwość uciskowa punktów nerwowych mniejsza znacznie.

8.II.37 wyraźna poprawa w spokoju oraz ruchach mimicznych i mowie: znaczne wyrównanie linii ust.

2.III.37: marszczenie czoła ++ — — —, przymykanie oka +++, pokazywanie zębów++ — —. W spokoju asymetria znaczna. Obrzmienie twarzy i szyi po str. pr. Tu zwraca uwagę współzależność stanu n. VII go od przeczulicy oraz bólów napadowych głowy.

W rozprawie Rotstadt podkreślił, że dalsze doświadczenia w leczeniu ostr. poraż. obwod. n. fac. potwierdzają podane już w druku przez niego poglądy. Badanie wstępne prądem elektrycznym oraz elektrokrapia w stu przeszło już spostrzeżeniach okazały się zbędne. Głównym czynnikiem leczniczym winna być pyretoterapia łagodna, stopniowana, gimnastyka wyrównawcza mimiczna twarzy przed lustrem, zastrzyki Str., wzgl. i terapia bodźcowa oraz masaż. Faradyzacja bezwzględnie przeciwwskazana. Karbowski omówił szczegółowo warunki występowania porażenia nerwu twarzowego zaraz po operacjach Możliwość uszkodzenia nerwu znajduje się w związku z anomaliami w przebiegu nerwu w kości skalistej. Podczas dłutowania wylewy krwawe do kanału Fallopa również mogą się przyczynić do powstania porażenia.

Higier zwrócił uwagę, że oprócz pzyczyn podanych przez Karbowskiego — czynność nerwu jest narażona czasami na powikłania, spowodowane przez drobne urazy podczas operacji, jako dotykanie palcem lub narzędziami.

Rawicz wiąże rozmaitość objawów w porażeniu nerwu twarzowego z tym, że równolegle obok porażenia występują zaburzenia natury naczynio-ruchowej i objawy bólowe—łączą się tu funkcje nerwów ruchowego i współczulnego, których włókna przebiegają razem. Herman przypomina, że zespoły asymetrycznych potów były u nas opisywane głównie przez szkołę Orzechowskiego; z oddz. Hermana demonstrowano przypadek asymetrycznego pocenia się w zapaleniu śpiączkowym mózgu. Bardzo demonstracyjna w podobnych przypadkach jest metoda Minora.

Grosglikowa. **Bromoderma generalisatum.** (Z oddz. J. Merenlendera).

Chora ma lat 5. Matka dziecka podaje, że 11 tygodni temu przechodziło odrę. Po 2 tygodniach wystąpiło powikłanie w postaci zapalenia ucha środkowego. Po paru dniach dziecko dostało drgawek całego ciała. Badanie neurologiczne wykazało objawy oponowe. Na oddziale laryngologicznym dokonano operacji wydłutowania wyrostka sutkowego; 1·II, u dziecka, będącego w obserwacji na oddziale neurologicznym dra Hermana, wystąpiła osutka, która była na oddziale dr. Merenlendera rozpoznana jako variolois.

15.II — Dr Karbowski stwierdził w wewnętrznej części ucha nieoperowanego Myringitis varicellosa. Należy zaznaczyć, że dziecko, zarówno na oddziale neurologicznym, jak i przed tym w domu, otrzymywało brom.—Dziecko budowy prawidłowej, odżywienia miernego. W narządach wewnętrznych, po za przyśpieszonym tętnem (150') i nieznacznym powiększeniem wątroby, zmian nie spostrzega się. Stan skóry po przybyciu na oddział skórny przedstawiał się, jak następuje: Na twarzy i tułowiu widoczne były ogniska wielkości od łepka szpilki do przekroju orzecha laskowego, otoczone obwódką zapalną i pokryte nawarstwieniem strupiastym barwy brudno-żółtej. Na kończynach dolnych, na podudziach, przeważnie na przedniej powierzchni, widoczne były ogniska koloru żółtawo-czerwonego wielkości od przekroju grochu polnego do małej mandarynki, o charakterze wybitnie brodawkowatym wyniosłe, od 5 do 8 mm., kształtu owalnego względnie okrągłego, ściśle i wałowato odgraniczone, wykazujące w środku wklęśnięcia z większym rozpadem tkanki. Takie same były również ogniska i na policzkach. Na uwłosionej skórze głowy stwierdzono pojedyncze wykwity o charakterze ropnym, względnie brodawkującym. — Badania pracowniane: Z wykwitów wyhodował dr Dworecki ziarniaki gram-dodatnie (paciorkowce i gronkowce). Próby płatkowe i doskórne z 10% Natr. Brom. oraz Tra Jodi wypadły ujemnie. Morfologia krwi: czerw. ciał. 4.850,000, Hemoglob. 82%, wskaźnik 0,84, leukoc. 13.600, wzór: 3% eozynochł., 51.5% neutrof., 41% limfoc., 4,5% przejść. Różnicowo wchodziły w danym przypadku w grę: 1) Syphilis tuberosa; na to podobieństwo wskazał w swoim czasie Riehl. 2) Lepieże płaskie. 3) Pęcherzyca brodawkująca. Sprawy te z łatwością wyłączono. Pod wpływem leczenia, które polegało na przerwaniu podawania bromu, okładach, wzgl. maściach przeciwgnilnych i ściągających, oraz na podawaniu chlorku wapnia do wewnątrz, wykwity brodawkowate znacznie się spłaszczyły. Rokowanie tu dobre, w ciągu kilku tygodni prawdopodobnie cierpienie całkowicie ustąpi. Według obliczeń autorów nowoczesnych uszkodzenia bromowe skóry występują u 75% leczonych bromem, lecz do tak rozległych wykwitów, jak tu, dochodzi b. rzadko.

Patogeneza bromodermii jeszcze nie jest wyjaśniona. Większość uznaje teorję „irytacyjną" (drażnienie przez wolny brom, który odszczepia kwaśną wydzielinę gruczołów potowych i łojowych oraz też istniejącą w tych wydzielinach wodę od krążących w tkankach związków sodowych).

Według Kyrle ma to miejsce w aparacie mieszkowym, na skutek wydzielania chlorowców; prawdopodobna tu niewydolność nabłonka mieszkowego. Niewątpliwie rolę odgrywa też usposobienie. Istnieją ludzie, którzy nie zdolni są wiązać

dostatecznie chlorowce. Według teorji Hakshausena bromidy same działają na bakterie, znajdujące się w aparacie mieszkowym, sprzyjając ich rozrostowi. Są i przeciwnicy tej teorji; ci wskazują, że na początku wykwity są jałowe, tak że zdaje się, iż substancja pierwotna, wywołująca zapalenie skóry jest pochodzenia chemicznego, a stany zapalne są odczynem biochemicznym.

Histologiczne cechy cierpienia tego: 1. przerastanie naskórka, 2. ropny rozpad, 3. rozrost tkanki łącznej. Szpilman (1934 r.) w Annalles Dermatologiques podał fakt występowania u osesków (— matek, przyjmujących brom) osutki bromowej; to według niego przemawiałoby przeciw teorii bakteryjnej (wzg. biotropizmowi Miliana), gdyż w wykwitach nie było bakterij. Według Szpilmana chodzi tu raczej o idiosynkrazję, wzgl. uczulenie wrodzone, konstytucjonalne. Według badań Auspitza i Crocker'a — ma się w bromodermii do czynienia z neurozą naczynioruchową. Niektórzy sądzą, że odgrywa tu rolę uszkodzenie serca, nerek, — niektórzy znów, że sprawa polega na hypochlorhydrii (chlor w ustroju jest wyparty przez brom). Wreszcie zasługuje na uwagę teoria, podkreślająca występowanie wykwitów bromowych w miejscach drażnienia skóry (objaw Koebnera); teorję tę można zastosować do danego przypadku, gdzie w miejscach osutki ospicy wystąpiły wykwity bromodermii.

Sprawozdania z posiedzeń w kwietniu r. 1937.

Sz. Fajgenblat. **Przypadek ślepoty po zatruciu alkoholem metylowym**. (Z oddz. A. Zamenhofa).

L. W., lat 38, wypił 22II37 r kilka kieliszków wódki; podaje, że był to być może alkohol metylowy. Po 2 godzinach: wymioty, bóle głowy, gwałtowny upadek wzroku; o północy już nic nie widział Chory — drogista — pijał w swoim laboratorjum, gdzie obok siebie stoją buteleczki z alkoholem etylowym i metylowym. Już na 2 dzień zapisany na oddział. St. ob.: Źrenice maksymalnie szerokie, nie reagują zupełnie. Dno oczu: obrzęk siatkówki dookoła tarczy, poza tym bez zmian. Vod. — brak poczucia świtła, Vos. — poczucie światła skroniowo. Nyctalopia. W moczu dużo kwasu mrówkowego. Wywiady, zaburzenia żołądkowe, nagła ślepota przemawiały za zatruciem alkoholem metylowym; wynik badania moczu na kwas mrówkowy potwierdził to Zastosowano ogólne leczenie odtruwające, diuretyczne, napotne i alkalizujące oraz 5 nakłuć lędźwiowych. Następnie, by przeciwdziałać wtórnym procesom zanikowym siatkówki i dróg wzrokowych, dążono do lepszego ich odżywienia, w myśl szkoły Laubera. Zastosowano też pilokarpinę oraz strychninę

Stan chorego, ostrość wzroku stale lepsze; 30.IV.37 ostrość wzroku oka prawego=3/50, ostrość wzroku oka lewego=5/35. O zmianach w polu widzenia niżej —Leczenie zatruć tych nakłuciami lędźwiowymi pierwsi opisali Z e t h e l i n s i W e r s e n; zastosowali oni je w przypadku nagłej ślepoty, zrazu niewiadomego pochodzenia; okazało się, że ślepotę spowodowało zatrucie alkoholem metylowym; po nakłuciu była znaczna poprawa. To nasunęło myśl leczenia tych zatruć nakłuciami lędźwiowymi. Z e t h e l i n s i W e r s e n opisali wiele przypadków takich, wyleczonych. Badania pola widzenia, ewolucja zmian tu podczas leczenia oraz warunki specjalne anatomiczne w przebiegu nerwów wzrokowych wskazują również celowość tej metody leczniczej.

Tu z szematów pól widzenia widać było jasno przewagę widzenia skroniowego nad nosowym oraz zanikanie ubytków od obwodu skroniowego. Dowodzi to, że czynnik niszczący zaatakował wewnątrzczaszkowy odcinek nerwów wzrokowych i włókna nieskrzyżowane, wzgl. boczne wiązki zostały silniej zaatakowane od skrzyżowanych czyli przyśrodkowych części nerwu wzrokowego. Ten mechanizm tłumaczą stosunki anatomiczne. Do przyśrodkowych powierzchni nerwów wzrokowych przylega ściśle pajęczynówka, która ku bokom tworzy fałdy, wypełnione płynem mózgowordzeniowym, t. zw. cisternae chiasmatis. Stąd boczne powierzchnie nerwów wzrokowych bardziej kontaktują z płynem mózgowo-rdzeniowym, zawierającym, jak tu, jad wyskoku metylowego, niż powierzchnie przyśrodkowe nerwów wzrokowych. Tłumaczy to i u przewagę widzenia skroniowego nad nosowym.—I to spostrzeżenie każe podkreślić wagę nakłuć lędźwiowych w tym schorzeniu.

W rozprawie brali udział H i g i e r i P ł o ń s k i e r.

M. F e j g i n i I. J a n o w s k i. **Przypadek ciężkiej niedokrwistości wtórnej o nietypowym przebiegu.**

B. W., l. 51 (Nr. ks. gl. 5960), przybywa 30. III. 1937 r. do szpitala z powodu ogólnego osłabienia i smolistych stolców. Dolegliwości żołądkowe datuje od 30 lat: odczuwał wówczas bóle w dołku podsercowym, promieniujące do kręgosłupa; występowały one w $^1/_2$—2 godz. po jedzeniu, towarzyszyły im odbijania kwaśne i zgaga. W ciągu lat czuł się jednak na ogół nieźle. Przed 10 miesiącami zaczął tracić siły, zauważył smoliste stolce; zjawiały się okresami po kilkumiesięcznych poprawach. Ostatnio odczuwa szczypanie i palenie w języku; od kilku lat mimowolne ruchy kończyn dolnych, lecz tylko w spoczynku; zanikają one w ruchu.—Wyniszczony; śluzówki papierowo-blade, skóra cytrynowo-żółta, białkówki podżółtaczkowe. Język wilgotny, wygładzony. W narządach wewnętrz-

nych nic szczególnego. W dołku podsercowym nieznaczna wrażliwość i napięcie powłok. Wątroba i śledziona niemacalne. Ukł. nerw.: odruchy kolanowe żywe, lewy żywszy, jakby kloniczny. Odruchy nosidłowe. AR — prawy b. żywy z zaznaczonym stopotrząsem; z lewej — wybitny stopotrząs. Rossolimo lewy (+); Babiński z lewej zaznaczony. Co kilka minut kloniczne skurcze w mm. uda i podudzia lewego, a czasem i prawego, zgina się przy tym nieco kończyna w stawie kolanowym i biodrowym oraz następuje kilka ruchów stopy z fleksją grzbietową wszystkich 4-ch palców u stopy: paluch pozostaje w pozycji normalnej. Czasami nieznaczne ruchy podobne w stopie prawej; z każdego ukłucia lewego podudzia następują wyżej opisane mimowolne ruchy. RW — ujemna. W moczu: urobilinogen (++). Bilirubina we krwi: 31/III. 37 bezp. opóźniona wyraźnie, pośr. 9 jedn.; 3/IV. 37 — bezp. opóźn. +, pośr. 1,75 jedn. Frakcjonowane badanie żołądka: kwasota ogólna 76, wolnej — 60, szybko się wyczerpuje — po 2 godz. ogólna 6, wolny 0. Badanie kału: w pierwszym okresie pobytu w szpitalu w stolcach krew utajona. Morfologia krwi: 30/III. 37 Hb — 35%; Cz. c. 1.920.000; Index—0,92. B. c. 11.800 (S—83; P—1; E—0; B—0;

L—8; M—8). Anocytoza, poikilocytoza nieznaczna polychromatofilia. 2/IV.37 Nakłucie szpiku kostnego: poza 2 myoloblastami i 30 normoblastami nic szczególnego. Przetoczono 300 cm.[3] krwi (grupa A). W kilku badaniach krwi stwierdzono niedokrwistość ze wskaźnikiem > od 2. 28/IV.37 ostatnie badanie: Hb — 60%; Cz. c. 3.150; Index — 0,97. B. c. 7.800 (S—46; P—2; E—3; B—0; L—46; M—3). Rentgenologicznie: ulcus ad partem med. curvatur. minoris.

W przypadku tym były znaczne trudności rozpoznawcze pomiędzy krwawiącym wrzodem żołądka (za czym przemawiały wygląd, smoliste stolce i wysoka kwasota żołądka), a nowotworem żołądka z wtórną niedokrwistością (duże wyniszczenie chorego, szybkie wyczerpywanie się choroby) i niedokrwistością złośliwą (sensacje bólowe języka, niedokrwistość hyperchromatyczna, wzmożona bilirubinemia, objawy toksycznego zwyrodnienia bocznych i tylnych pęczk. rdzen.). Poprawa po przetoczeniu krwi (utrzymująca się—nota bene—już w ciągu 8 miesięcy) przemawiała przeciwko nowotworowi złośliwemu, a brak megaloblastów w szpiku i obecność kwasu soln. wolnego w treści żołądkowej — przeciw niedokrwistości złośliwej. Pozostawało więc rozpoznanie krwawiącego wrzodu żąłądka, z wtórną znaczną niedokrwistością i toksycznymi objawami neurologicznymi, rzadko spotykanymi w tej sprawie chorobowej.

W rozprawie Higier zauważył, że objawy rdzeniowe wcześniej niekiedy występują aniżeli właściwe objawy niedokrwistości. Nie ulega wątpliwości, że sprawy toksyczne odgrywają tu najważniejszą rolę. Fr. Gleichgewicht, nawiązując do przebiegu przypadku, podkreśla, że w cierpieniu takim, jak wrzód żołądka i dwunastnicy, często występują najpierw objawy niedokrwistości, a b. długo nie ma objawów właściwych żołądkowych.

Jozowa i Wolff. **Krwotok podpajęczynówkowy u dziecka.** (Z oddz. Wł. Sterlinga).

Chłopak, l. 10, dotknięty porażeniem połowiczym prawostronnym. Wystąpiło ono nagle i z utratą przytomności. Przed 2 laty już raz przeszedł nagłe porażenie połowicze po tej samej stronie; po tym pozostało tylko lekkie osłabienie prawostr. k.k. — Obecnie po 2 miesiącach wraca również do zdrowia. Pozostał lekki spastyczny niedowład z obj. Babiń. po str prawej. W chwili przyjęcia porażenie było jeszcze zupełne; był nieprzytomny, miał wybitne objawy oponowe. Z nakłucia lędźwiowego otrzymano płyn krwawy. Rozpoznano krwiotoczne zapalenie opon.—Nawrót przebytej już raz sprawy oraz porażenie pozwalają przypuszczać, że istnieje tu tętniak, który co pewien czas przerywa się, uszkadza tym tkankę mózgową,

a częściowo wylewa pod opony, wywołując tu odczyn zapalny. Przypadek ten przemawiałby za tętniakową teorią omawianego schorzenia. Niezmiernie interesujące byłoby przeprowadzenie tu arteriografii wdłg. Monitza, aby tętniak ten ujawnić i poznać jego umiejscowienie w zdjęciu Rtg. — W związku z powyższym rokowanie quoad vitam et ameliorationem jest tu wzgl. dobre, a natomiast co do zupełnego wyzdrowienia — wątpliwe.

Nunberg i Aszowa. **Niezwykły przypadek jamistości rdzenia typu Morwana.** (Przeznaczone do druku).

Gincburgowa i Merenleneder: **Xeroderma pigmentosum.** (Z oddz. J. Merenlendera).

Chora ma lat 20. Jak wynika z wywiadów, w rodzinie nikt podobnego cierpienia nie miał. Rodzice nie pokrewnieni, zdrowi, również i rodzeństwo. Obecne cierpienie wystąpiło w drugim roku życia, w lecie, po dłuższym nasłonecznianiu. Według słów matki, wystąpiło wówczas na powierzchniach nasłonecznionych zaczerwienienie i później przebarwienie skóry. Dopiero po kilku latach matka zrozumiała niebezpieczeństwo

działania słońca na skórę jej dziecka. Chora była na oddziale po raz pierwszy 11 lat temu; już wówczas stwierdzono poważne zmiany znamienne, zarówno na skórze, jak i gałek ocznych. Przed 3 laty wystąpił za uchem prawym guzek wielkości grochu polnego; stale wzrastał. Wobec trudności materjalnych chora mogła przybyć do szpitala dopiero teraz. Od wielu miesięcy jakoby gorączkuje. Miesiączkowanie, dawniej było normalne, ostatnio jest nieregularne (6—7 tygodni 2 — 3 dni). St. ob.: Chora b. drobna, ma wygląd młodszej (mniej więcej 15-letniej), odżywienie mierne. Gruczoły chłonne—poza podszczękowemi i karkowemi—prawostronne powiększone. W jamie ustnej uderza suchość śluzówek.

W narządach wewnętrznych nieznaczne przytłumienie nad szczytami płuc, powiększenie wątroby o 1 palec. W układzie nerwowym (dr Kipmanowa) stwierdzono: odruchy z triceps, kolanowy i Achillesa po stronie lewej żywsze. Jacobson, Sterling, Rossolimo dodatnie obustronnie. Nieznaczny wstrząs rzepkowy i skokowy.

Badanie ginekologiczne. Nieznaczny niedorozwój macicy i jajników. W moczu +. Badanie kału na utajone krwawienie dało odczyn słabo dodatni.

Badanie krwi: Hemoglobina — 38; Czerw. ciał. krwi 2.350.000; (!) Białych ciał. krwi 11.200; Wskaźnik 0.9; Segment 76,5%, pałeczkow. 3,5%; lymf. 15,5%; monoc. 4.5%; eozynochł. 0.%.

Odczyn Wassermana — ujemny.

Odczyn Biernackiego — znaczne przyśpieszenie opadania krwinek (po 15 minutach). Badania chemiczne krwi (wykonane w pracowni d-ra Dworeckiego), wykazało nieznaczne zmiejszenie poziomu cukru (0,72% mg.). — Rtg. — . —

Stan skóry. Już na pierwszy rzut oka uderza umiejscowienie zmian wyłącznie na powierzchniach, dostępnych działaniu promieni słonecznych. twarzy, małżowinach usznych, szyi, karku, górnych odcinkach klatki piersiowej, kończyn górnych i dolnych. Tu stwierdza się przede wszystkim nadmierną suchość skóry i b. liczne plamy wielkości od łepka szpilki do monety 5-groszowej, barwy czarno-brunatnej.

Poza tym bardzo liczne miejsca wybitnie zanikowe; przestrzenie zanikowe są szczególnie liczne i wielkie, względnie zlewne na twarzy. Wsród wykwitów zanikowych stwierdza się liczne naczyniaki, miejsca te robią wrażenie skóry, uszkodzonej promieniami Rtg. —

W skórze twarzy, zwłaszcza u warg, kilkanaście wykwitów zrogowaciałych; w pobliżu prawego kąta ust twór zrogowaciały, wielkości dużego grochu.

Niektóre paznokcie wykazują nieznaczną nierówność, wzgl. plamki czerwone, przypominające naczyniaki.

W okolicy karkowo-zausznej prawej twór półkulisty o powierzchni guzowatej, owrzodziałej, wielkości pięści, spoisty, twardy u nasady, mięsisty w części środkowej, miejscami wyraźnie widać wałowate odgraniczenie od sąsiadującej skóry prawidłowej. Górna powierzchnia tworu pokryta masą śluzoropną, poza tym stwierdza się odcień czarnawy. Do cech znamiennych schorzenia należą zmiany powiek i gałek ocznych. Spojówka powiekowa zgrubiała i przerosła. Brzegi powiekowe zniszczone i zrośnięte z gałkami; zrosty z gałką prawą sięgają do połowy rogówki. Siła wzroku 1/10. Dno bez zmian. Skóra dolnej powieki lewej zniszczona i zrośnięta z gałką górnej części rogówki, pociąga w ten sposób gałkę ku dołowi i na zewnątrz; Visus: — ruchy ręki przed okiem.—Ma się więc tu do czynienia z klasycznym przypadkiem skóry pergaminowej, barwikowej (xeroderma pigmentosum), cierpieniem bardzo rzadkim, którego etiologia wiąże się ściśle z konstytucyjną reakcją skóry na promienie słoneczne. Są tu skojarzone wszystkie okresy tego cierpienia, mianowicie: wykwity barwikowe, zanikowe z naczyniakami, nadmierne rogowacenie, które tu, jak wiadomo, jest objawem stanu przedrakowego i które często, jak w danym przypadku, prowadzą do złośliwych nowotworów. Końcowy okres tego cierpienia, którego prognosis infausta jest, niestety, znana, ma właśnie wyraz w nowotworze u tej chorej. Wobec krótkiego pobytu jej na oddziale, przy ciągłej gorączce, nie było możności zbadania budowy guza. Chora została przeniesiona na oddział chirurgiczny. Po wycięciu całkowitym guza będą przeprowadzone odnośne badania histologiczne.

P. Zarecki. **Przypadek lipodystrophia localis insulinica**. (Z oddz. B. Jochwedsa).

Chora, lat 51. Cierpi od 12 u lat na cukrzycę. Poziom cukru we krwi stale od 0,25% — 0,30%. W moczu od 4% do 7% cukru, przy najbardziej ścisłej diecie. Od 6 lat otrzymuje bez przerwy jeden albo dwa razy dziennie po 20 — 30 jednostek insuliny. Insulina była zastrzykiwana cały czas wyłącznie do zewnętrznych okolic ramion. Przed 5 mies. wystąpiły zupełnie bez bólów powiększające się coraz bardziej zaniki tych okolic, wobec czego insulinę wstrzykiwano od tego czasu wyłącznie w okolicę ud. Przed 8 tyg. również i w tych okolicach wystąpiły drobne ogniska zanikowe.

Stan obecny: budowa prawidłowa, wzrost średni, odżywienie dobre. Na zewnętrznej powierzchni obu ramion na wysokości $^1/_3$ górnej części wgłębienie wielkości pięści.

Skóra tu normalna, niezgrubiała, niezrośnięta z podłożem, co należy specjalnie podkreślić, gdyż przemawia to przeciwko sprawom zapalno-włóknistym. Mięśnie naramienne z obu stron namacuje się, są prawidłowe. Siła +. Badanie elektryczne (dr L. Prussak): bez odchyleń. W obrębie przedniej powierzchni obu ud, na wysokości 1/4 górnej przednio-zewnętrznej części, po jednym wklęśnięciu średnicy dwuzłotówki, o cechach takich, jak na k.k.g. —

Serce. Wymiary +, tony czyste; 2 ton nad aortą dźwięczny. Tętno — 80′. Ciśnienie krwi maksymalne od 170 do 200, minimalne od 100 do 105. — Ponieważ zaniki wystąpiły wyłącznie w miejscach zastrzykiwań insuliny, powtarzanych w ciągu długiego szeregu lat — rozpoznanie „lipodystrophia localis insulinica“ nie ulega wątpliwości. Lipodystrofię należy w przypadku tym uważać za prawdziwą, a nie rzekomą; rzekome są to właściwie czysto zapalne schorzenia skóry i tkanki podskórnej.

Jeżeli chodzi o patogenezę lipodystrofii, to należy przytoczyć tu następujące teorie:

I. Teoria urazowa — ta tu w grę nie wchodzi.

II. Teoria chemiczna: zanik tłuszczu zależy od domieszek antyseptycznych insuliny sprzedażnej. Otóż badania kontrolne z zastrzykiwaniami substancji, używanej do odkażania insuliny, wykazały, że substancje te same przez się nie powodują zaniku tłuszczu, nawet u chorych z lipodystrofią insulinową.

III. Trzecia teoria: jest próbą tłumaczenia zaniku tłuszczu obecnością fermentu lipolitycznego w insulinie. Jednak badania wykazały, że insulina nie zawiera ani śladu lipazy.

IV. Czwarta teoria opiera się właściwie tylko na 2-ch przypadkach (zwłaszcza przypadek Stranskiego), w którym lipodystrofia powstawała w okolicach bardzo odległych od miejsc zastrzykiwań. Według Stranskiego, istotę sprawy stanowi ogólnoustrojowe zaburzenie przemiany tłuszczowej na tle wewnątrzwydzielniczym, przy czym insulina ma jedynie wyzwalać te zaburzenia. Oczywiście, teoria ta nie da się zastosować w danym przypadku albowiem zanik tłuszczu następuje tu wyłącznie i jedynie w miejscach zastrzykiwań.

V. Następna teoria, piąta z kolei, tłumaczy lipodystrofię insulinową zwiększonym spalaniem tłuszczu, względnie swoistym działaniem hormonu insulinowego na przemianę tłuszczową w miejscu zastrzykiwań. Na korzyść tej teorii przemawiają fakty wyżej wskazane.

VI. Teoria szósta. W wielu przypadkach należy niewątpliwie przypuszczać ewentualne uszkodzenie przez insulinę

zakończeń nerwowych (Teoria neurotropowa). Na korzyść tego poglądu przemawia fakt, zaobserwowany przez wielu autorów, a przede wszystkim przez Bollera, że dodanie nowokainy do insuliny zapobiega powstawaniu zmian w tkance tłuszczowej. Teoria ta jednak nie może być zastosowana we wszystkich przypadkach, albowiem ostatnio podawano właśnie spostrzeżenia, w których dodanie nowokainy do insuliny nie zapobiegało występowaniu lipodystrofii, co miało miejsce również i w danym przypadku.

Najbliższa prawdy w tym spostrzeżeniu wydaje się możliwość zadziałania insuliny na miejscową gospodarkę tłuszczową.

M. Płońskier, J. Ratner i M. Szmuszkowicz. **Przypadek ciężkiej niedokrwistości gruźliczej odrębnego typu.** (Z oddz. B. Jochwedsa)

W r. 1929 chora miała „grypę“, kilka tygodni leżała w łóżku. Od tego czasu osłabiona, kaszle, mało odpluwa. W plwocinie prątków Kocha nie wykryto. W r. 1932 świnka, szczepiona plwociną chorej, padła. Zdjęcie rentgenowskie z 1929 r. i lat następnych wykazuje „nad prawą przeponą ognisko wielkości orzecha włoskiego, nad prawym obojczykiem wielkości orzecha laskowego; oba o ostrych zarysach“ (cavum? przerzut?).

W lipcu 1936 r., w sanatorium, nudności i wymioty, bóle w nadbrzuszu, zwłaszcza po stronie lewej, oraz biegunki. Po kilku tygodniach objawy te ustąpiły, aby po 2 tygodniach znów się nasilić; ciepłota podniosła się do 38,0 — 39,0°, dołączyło się palenie języka, niesmak, bóle i zawroty głowy, osłabienie takie, że chora nie mogła podnosić się z łóżka; schudła. Mocz oddaje prawidłowo. Perjody +. W dzieciństwie dur brzuszny i odra.

St. ob.: Budowa, odżywienie dobre, barwa powłok skórnych woskowo-blada, podściółka tłuszczowa dość obfita. Gruczoły podszczękowe powiększone, prawy twardy, tkliwy na ucisk. Język nieco wygładzony (jednak brodawki dobrze widoczne), po bokach obłożony szarawym nalotem. Dziąsła obrzmiałe, łatwo krwawią. Mostek tkliwy na ucisk. Płuca: w dół po str. prawej od tyłu — przytłumienie, tamże oddech osłabiony, nieliczne rzężenia drobnobańkowe, niedźwięczne. Serce: granice +, tony czyste. Odruchy +. Dno oka +.

W moczu ślad białka, pojedyncze świeże krwinki w preparacie. R/R 110/55: OB — 25' (wg. Linzenmayera). Wass. (—).

We krwi: Hb. 33%. C. czerw. 1.190.000. Index 1,4. Liczne normoblasty i erytroblasty; makrocytoza, mikrocytoza, poikilocytoza, anizocytoza. Wzór: B—0, E—0, Neutrof.—8,5% (w tym młodych 1%, pałeczk. 0,5%, segm. 7%) Limf. — 48%, Monocytoblast. — 38,5%, Myeloblast. — 3,5%, Plasmat. 1,5%.

W treści żołądkowej: kw. solny — O; próba benzydynowa +. Czynnik Castle'a —D. W treści dwunastniczej: przy drugim badaniu w porcji A wykryto streptococ. haemol.. —

Odporność krwinek: pocz. 0,50% — całkowita 0,36 NaCl. Czas krwawienia i krzepnięcia prawidłowy. Płytki w normie. Objaw opaskowy ujemny.

Bilirubina — pierwszy raz 1,25 j. v. d. B. tylko pośrednia, po tym następne 0,75 j. v. d. B. Cholesteryna 148 mgr. %. Białka w surowicy 7,19%, w tym albumin 3,21; globulin 3,98. Stosunek $\frac{A}{G}$ 0,8. Prześwietlenie Rtg. jak w r. 1929 i lat następnych.

Szpik kostny: Mycoloblast 3%, Promyelocyt. 8%, Myelocyt. 2%, Eozyn. 3, Limfocyt. 16%, Plazm. 7%, Monocyt. 27%, Normoblast. 22%, Erytroblast. 12%.—Przebieg był stale postępujący; w początku stycznia zmarła.—Ciepłota sięgała często do 39,0°. Przez cały czas biegunki i wymioty; nie opuszczała łóżka. Stosowano żelazo do 8,0 gr. pro die, kakodyl, wstrzykiwania wątroby, 4 transfuzje (350, 400, 400, 150 cm³), oraz szczepionkę, uzyskaną z żółci.

W obrazie krwi na planie 1-ym była monocytoza i monoblastoza, wysoki wskaźnik barwny 1,4, bardzo liczne normo- i erytroblasty, leukopenia ze względną limfocytozą oraz neutropenia. W przebiegu cierpienia leukopenia postępuje i dochodzi ante mortem do 2.400 ciałek; odsetek neutrofilów waha się od 8,5 do 25, liczba ciałek czerwonych w granicach 1,5—2 milionów, wskaźnik barwny obniża się do 0,85. Liczba monocytów z 38,5% spadła do 8—12%, pojedyncze monoblasty, normoblasty i erytroblasty w preparacie. Skazy krwotocznej nie było nawet w przeddzień zgonu.

Niedokrwistość złośliwą można było tu wyłączyć z powodu: 1) braku zmian rdzeniowych — myelosis funicularis, 2) normalnego poziomu bilirubiny we krwi i urobiliny w moczu, 3) braku „języka Huntera", 4) szmerów w sercu, 5) powiększenia wątroby i śledziony, 6) niedostatecznego wpływu b. energicznego leczenia wątrobowego, 7) ze względu na dużą zawartość globulin we krwi i odwrócenie stosunku $\frac{A}{G}$, 8) ze względu na nieobecność megalocytów i megaloblastów we krwi i w szpiku kostnym, 9) obecności dużej liczby monocytów, erytroblastów i normoblastów, co zdaniem N a e g e l i'e g o przemawia przeciw niedokrwistości złośliwej.

Jeżeli myśleć tu o gruźliczej etiologii niedokrwistości, to nie można było z całą pewnością powiedzieć, czy ogniska, które istniały w płucach, były pochodzenia gruźliczego ze względu na to, że wielokrotnie w ciągu 7 lat powtarzane badania nie wykryły prątków K o c h a. Z drugiej strony, sprawa płucna nie uległa pogorszeniu w ciągu obecnej choroby, ani pod względem fizykalnym, ani też pod względem rentgenologicznym.

Sekcja wykazała gruźlicę serowatą gruczołów krezkowych oraz ogniska w płucach naokoło starych i dobrze otorbionych mas serowatych; w płucach stwierdzało się nawet gołym okiem małe świeże ogniska serowate,—a poza tym gruźlicę prosówkową wątroby. Szpik kostny był czerwono-brunatny.

A. Sztajnberg. **Przypadek obustronnego zakrzepowego zapalenia żył udowych w przebiegu t. zw. prosówki odoskrzelowej.** (Z oddz. B. Jochwedsa).

Chora zgłasza się spowodu silnych bólów, obrzęku prawej kończyny dolnej oraz gorączki. — Podaje, że przed pół rokiem zachorowała na płuca; rozpoznano u niej gruźlicę płuc i skierowano do sanatorium „Marpe“ w Otwocku. Przed 5 tygodniami założono odmę; w trzy tygodnie później nastąpił silny krwotok, trwający dni kilka, po czym wystąpiła gorączka, dochodząca do 39^0 i obrzęk prawego uda. Chorób przebytych nie umie podać. W badaniu przedmiotowym stwierdza się: budowy prawidłowej, wzrostu średniego, odżywienia dobrego. W zakresie czaszki nic szczególnego. Klatka piersiowa symetryczna. Nad prawym płucem odgłos opukowy jawny; osłuchowo: szmer pęcherzykowy z licznymi świstami i furczeniami. Nad lewym płucem — opukowo: odgłos bębenkowy; osłuchowo-nad górną połową płuca oddech osłabiony z odcieniem chuchającym. pokryty licznymi bańkowymi dźwięcznymi rzężeniami. Nad dolną $^1/_2$-wą szmer pęcherzykowy z licznymi świstami. — Serce: granice w normie. Akcja serca miarowa, do 110 uderzeń na minutę. Tony czyste. Tętno dobrze napięte i wypełnione. W narządach jamy brzusznej bez zmian. Prawa kończyna dolna obrzękła, z dotyku bardzo bolesna. Na przyśrodkowej powierzchni wyczuwa się twardy powrózek, odpowiadający topograficznie żyle odpiszczelowej dużej. — Badanie laboratoryjne: w moczu nic patologicznego. W plwocinie liczne prątki Kocha. — Zdjęcie Rentg. wykazuje: oba pola płucne usiane drobnymi plamkami niejednolitej wielkości, sięgającymi gdzie nie gdzie wielkości grochu.—W lewym płucu pod obojczykiem rozjaśnienie (jama) wielkości 10-złotówki. Lewe płuco uciśnięte w górnej połowie niewielką odmą. — Zdjęcie, wykonane uprzednio w „Marpe“, wykazuje jedynie obraz jamy pod obojczykiem; zaciemnień drobnoplamistych nie ujawniło.

Rozpoznano tu: gruźlicę jamistą płuc, powikłaną t. zw. prosówkę odoskrzelową i zakrzepowe zapalenie prawej żyły udowej. Za tym, że ma się tu do czynienia z t. zw. prosówką odoskrzelową, nie zaś prawdziwą, krwiopochodną, przemawiają następujące fakty: wystąpienie po krwotoku płucnym

t.zw. granitée posthémoptoique autorów francuskich i obraz Rentg., wykazujący plamistości zbyt nierównomierne i duże dla prosówki krwiopochodnej. — Zastosowano unieruchomienie praw. kończ. dolnej, oraz po 3—4 pijawki co 4—5 dni. Zrazu stan wyraźnie gorszy, t° podnosi się, a po kilku dniach dołącza się obrzęk i bolesność lew. kończ. dolnej. Jednocześnie w powłokach brzusznych można było namacać powrózki, odpowiadające podskórnym żyłom brzusznym. Stan taki trwa 2 tygodnie, po czem szybka poprawa. Obrzęk ustępuje, t° opada do normy. Jednocześnie chorej szybko przybywa na wadze i sile. Po 6 tyg. pobytu w szpitalu chodzi już dobrze o własnych siłach. — Spostrzeżenie to zasługuje na uwagę ze względu: 1) na niecodzienność t. zw. prosówki odoskrzelowej i 2) całkowite ustąpienie ciężkiego zakrzepowego zapalenia żył. To zaś u gruźlików, gdy nie jest sprawą zapalną, lokalną, jest uważane na ogół za sprawę końcową, przedśmiertną. Dany przypadek stanowił w tym względzie pouczający wyjątek.

A. Sztajnberg. **Przyp. zapalenia gruźliczego płuc, powikłanego cukrzycą, leczony skutecznie odmą.** (Z oddz. B. Jochwedsa).

Chora, lat 26, zgłasza się ze względu na b. znaczne osłabienie, męczący kaszel, z odpluwaniem obfitej plwociny, silne pragnienie, gorączkę oraz znaczną utratę na wadze. Zachorowała nagle przed 4 tyg. wśród objawów gorączki, dreszczów i kaszlu. Rozpoznano wówczas zapalenie oskrzeli. Od 4 lat cukrzyca, a od 3 lat, będąc na „klasycznej“ diecie przy 40 jednostkach insuliny dziennie, czuła się dobrze, pracowała; cukru w moczu nie było. — Przed 3 laty ostre zap. woreczka żółciowego i żółtaczka; po usunięciu woreczka żółciowego wyzdrowiała. Rodziła dwoje; zdrowe. — Ojciec gruźlik.—St. o b.: Wzrostu średniego, budowy prawidłowej, waga 53,800. Temp. 37,5°—39°. Tętno 100', dobrze napięte i wypełnione. Skóra blada, na policzkach rumieńce. Gruczoły chłonne nie powiększone; tarczyca — bez zmian zewnętrznych. Klatka piersiowa symetryczna. Granice płuc w normie; prawa ruchoma, lewa nieruch..—Płuco prawe — odgłos opukowy jasny, pęcherzykowy, nieco zaostrzony. Płuco lewe — oddech oskrzelowy, cichy, pokryty dźwięcznymi rzęźeniami drobnobańkowymi. Serce: akcja miarowa, granice w normie; tony nieczyste. Jama brzuszna — bez odchyleń. Odruchy zachowane. W moczu — ilość dobowa ok. 2 litrów. Cukru 2,5%. Aceton —. W plwocinie liczne prątki Kocha. Rentg. kl. piersiowej (tydzień przed przybyciem do szpitala): Prawe płuco — bez zmian; Lewe: z wyjątkiem

szczytu, usiane dużymi, gęstymi, zlewającymi się plamistościami, o konturach zatartych, z rozjaśnieniem do wielkości pięciozłotówki tuż poniżej II żebra.

W wyniku szczegółowych badań rozpoznano tu gruźlicze, odoskrzelowe, zlewające się zapalenie płuc, wikłające ciężką cukrzycę (za czym przemawia: nagły początek, rentgen., typowe zmiany fizykalne, znamienny przebieg, prątki w plwocinie). „Ciężkości“ cukrzycy dowodzą szybkie straty na wadze, znaczne ilości wydalanego cukru—mimo stosowania dużych ilości insuliny. Usiłowano tu w pierwszym rzędzie opanować cukrzycę (stosowano dietę „klasyczną“, obficie węglowodanową Węgierki, przy 100 jedn. insuliny dziennie) — lecz bilans cukrowy nietylko nie poprawia się, nawet pogarsza, wraz ze sprawą swoistą w płucach. Utrata cukru z moczem zwiększa się do 160 gr. na dobę. Stan ogólny też gorszy, t^0 do 40^0, dalszy spadek wagi; utrata sił wielka, nie jest w stanie poruszać się w łóżku. W tym okresie założono odmę, co — wobec tak ciężkiego stanu chorej — było zabiegiem niemal heroicznym. Założono odmę przy ciśnieniu zrazu — 32 — 20 cm. wody; po wprowadzeniu 250 cm^3—powietrza ciśnienie wynosiło—20—12. Tak niskie ciśnienie da się jedynie wytłumaczyć współistnieniem częściowej atelektazy, która, jak wykazały badania autorów amerykańskich, towarzyszy zawsze zap. płuc gruźliczemu. Przy następnych, tygodniowych dopełnieniach, wahania ustaliły się na poziomie: początk. — 14—8, końcowe — 6—2. Z założeniem odmy zaszło całkowite jakgdyby przeobrażenie obrazu chorobowego. Poprawa z dnia na dzień; t^0 po 2 dniach na poziomie podgorączkowym, po 8 dniach normalna. Kaszel i odpluwanie szybko ustępują, przybiera na siłach i wadze. Objawy cukrzycy bardziej oporne, jednak i tu po 3 tyg. rozpoczyna się poprawa: pragnienie ustępuje, bilans cukrowy coraz lepszy, stale przybiera na wadze. Obecnie, przy podawaniu 60 jedn. insuliny dziennie, jest odcukrzona bez jakiejkolwiek diety. Że uzyskana poprawa stoi w związku z odmą, a nie jest przypadkową koincydencją, za tym przemawia następujące spostrzeżenie, mające wartość eksperymentu. Chorej dopełniano odmę co tydzień, dwukrotnie jednak zdarzyło się, że nie dopełniono jej na czas: reagowała wówczas gorączką do 38^0, wzmożonym pragnieniem i cukromoczem; objawy te znikały natychmiast po dopełnieniu odmy. Jeżeli rozpatrzeć obecne zdjęcie Rentg., to rzuca się w oczy, jak wysoce niekompletna jest tu odma. Zrost płaszczyznowy w szczycie, zrost z przeponą i dwa krótkie, ale szerokie, zrosty boczne, na wysokości jamy rozpadowej, uniemożliwiają należyty ucisk płuca. Rentgenologicznie więc mamy do czynienia z odmą jak najgorszą. Jednak i ta „zła“ odma spowodowała bądź co bądź duży efekt leczniczy. I to właśnie jest bodaj najciekawsze

w danym przypadku. Jak wytłumaczyć to zjawisko? Według popularnego obecnie poglądu na mechanikę płuc odma działa leczniczo przez zniesienie t. zw. urazu statycznego (spoczynkowego) — mierzy on się ciśnieniem wydechowym — oraz urazu dynamicznego (wdechowego) — który mierzy się różnicą ciśnienia oddechowego i wydechowego. Ciśnienia te wyrażają napięcie, pod jakim znajduje się tk. płucna; napięcie to jest tym czynnikiem szkodliwym, który odma właśnie znosi w sposób mniej lub więcej zupełny. Tu przy zakładaniu odmy uraz spoczynkowy wynosił 20 cm., zaś wdechowy 12 cm., obecnie zaś wynoszą odpowiednio 5 i 6 cm. — Aczkolwiek odma jest tu rtgenologicznie b. niezupełna, jednak dała wynik mechaniczny znaczny i temu też, przypuszczalnie, przypisać należy jej wybitny efekt leczniczy.

B i e l e ń k i w sprawie 2-go przypadku wyraził pogląd, że często zbyt pochopnie przypisuje się poprawę leczeniu uciskowemu (odmie). Należy uwzględnić możliwość wystąpienia samorodnej poprawy, gdy chory przechodzi z warunków gorszych (domowych) do lepszych (szpitalnych).

A co do przypadku 1-go, to niema dostatecznych podstaw do łączenia gruźlicy z wystąpieniem zakrzepowego zapalenia

żył udowych. Thrombophlebitis może przygodnie wystąpić zarówno u gruźlików, jak i w innych wypadkach.

Glass, w sprawie nomenklatury, uważa, że nazwa prosówki odoskrzelowej raczej powinna być zachowana dla przypadków krwiopochodnej gruźlicy. Sztajnberg w odpowiedzi zaznaczył, że demonstrowana druga chora w domu w złych warunkach nie przebywała, a w czasie pierwszego okresu pobytu w szpitalu stan chorej jeszcze bardziej się pogorszył — poprawa nastąpiła dopiero po odmie.

Co się tyczy pierwszej chorej, — to należy stanowczo tu wyłączyć przygodnie powstałe zapalenie żył, gdyż dla tego rodzaju schorzenia nie było tu żadnego punktu wyjścia. Sprawa wystąpiła kilka dni po ciężkim krwotoku i dużym wysiewie gruźlicy w płucach.

Sprawozdania z posiedzeń w maju r. 1937.

T. Lewit. **Przypadek ukąszenia przez żmiję.** (Z oddz. M. Landsberga).

Młoda kobieta została ukąszona przez żmiję w prawą stopę. Po kilku godzinach silnych bólów — obrzęk i zaognienie kończyny; 2 dni w domu, poczem przywieziono ją na oddział. St. ob.: t. 37,8°, tętno 96, dobrze napięte. Stan ogólny +. Skarży się na silne pragnienie oraz bóle w prawej kończynie dolnej. Ta—cała obrzęknięta, skóra na niej zaczerwieniona, napięta, nadmiernie ciepła. Na ogólnym tle czerwonym plamy żółto-pomarańczowe, zbliżone barwą do śladów na skórze po posmarowaniu rozcieńczoną jodyną. To odmienne ubarwienie rzuca się szczególnie w oczy na skórze przedniej powierzchni uda. Zmiany te, nieznikające po ucisku, są spowodowane barwikiem krwi po wylewach doskórnych. Żywy ból z dotknięcia kończyny. Na skórze czwartego palca czarny punkt, otoczony żywym rumieniem (ślad po ukąszeniu). Narządy wewnętrzne bez zmian. W moczu znacznie wzmożony urobilinogen. We krwi leukocytoza obojętnochłonna (16.000). Czas krwawienia i krzepnięcia nieznacznie wydłużony. — Na oddziale w ciągu 3 dni inj. po 10 cm. surow. żmijowej (wytwarzanej przez P.Z.H.), preparaty wątroby domięśniowo, wapń doustnie. Obrzęk i zaczerwienienie stopniowo ustępowały, bóle zanikały.—Podkreślić należy tu działanie jadu żmii: znaczne objawy miejscowe przy niewielkich objawach ogólnych. Wylewy krwawe w skórze, obok następczych zmian barwikowych hemoglobiny, są skutkiem działania zawartych w jadzie hemoraginy (porażającej śródbłonek naczyń) i hemolizyny.

Należy podkreślić, że po ukąszeniu węża obraz jest odwrotny: dominują objawy ogólne; jad węża ma silne działanie porażające serce i oddech.

J. Penson. **Przypadek anemii aplastycznej.** (Z oddz. M. Landsberga).

M. W., lat 60, grabarz, przybył 30.IV.37 r. Ogólne osłabienie, bladość i nieznaczne bóle w okolicy serca. Zachorował przed 4 miesiącami; osłabienie i bladość stopniowo wzrastały; od paru tygodni pozostaje w łóżku z powodu b. silnych zawrotów głowy. Poza tym bez skarg. Dawniej zawsze zdrów. St. ob.: b. blady; śluzówki blade. W narządach wewnętrznych, poza szmerem skurczowym nad koniuszkiem i nad tętnicą płucną, bez zmian. Ukł. nerwowy +. Odcz. Wass i citocholow.—0. Zgłębnikowanie żołądka po śniadaniu alkoholowym:

I porcja po 10' — HCl wolny 6, kwasota ogólna 12;
II „ „ 15' — HCl wolny 8, kwasota ogólna 20;
III „ „ 20' — treści żołądkowej nie otrzymano.

Kał — wynik ujemny. Bilirubina we krwi — norma. Rentgen żołądka i dwunastnicy bez odchyleń od normy.

We krwi (1.V.37 r.). Erytr. 1120000, Leukoc 4100, Hb. 23, wskaźnik 1.2, N — 36, E — O, B — O, M — 1 L—63. Retikul. 3‰, Trombocytów 80000. Nieznaczna aniso — i poikilocytoza —Na zasadzie obrazu klinicznego, badań dodatkowych, a zwł. obrazu krwi, można tu było wyłączyć niedokrwistość złośliwą. Przystąpiono do energicznego leczenia: pernamon — forte, domięśniowo, arsen i strychninę podskórnie oraz duże dawki żelaza doustnie. Stan jednak nie poprawiał się. Po 6 dniach: Erytroc. 1030000, Hb. 20, wskaźnik 1, N—28, M—O, L—69, Retikuloc — O. Przetaczanie krwi (600 $cm.^3$); nadal jednak b. blady i b. słaby; na skórze tułowia, przedramion, ud i podudzi — liczne drobne wybroczynki krwawe. We krwi 12.V.37: Erytroc. 1420000, Leukoc. 2900, Hb. — 25, wskaźnik 0,8; N—24, L — 76, Retikul. 5‰. Krzepliwość 4', czas krwawienia — koło 40'. Stan chorego stopniowo się pogarsza; wybroczyn coraz więcej, drobne—na podniebieniu i śluzówce policzków. We krwi 18.V 37: Erytroc. 1300000, Leukoc. 2700, Hb. 25, wskaźnik 0,9, N — 23, Limfoc· 77, Retikul 2‰, Tromboc. 24000. Osłabienie wzrasta; o własnych siłach nie może usiąść; coraz więcej wybroczyn; od paru dni t^0 do 38^0 C. Na żądanie rodziny wypisany ze szpitala. — Stwierdzono tu b. ciężkie uszkodzenie szpiku kostnego, bez objawów regeneracji, pomimo energicznego leczenia. Na aplazję szpiku wskazują: brak erytroblastów, polichromatofilów, brak zasadowo nakrapianych erytrocytów, mała zawartość retikulocytów i brak przełomu retikulocytów w czasie leczenia, małopłytkowość, leukopenia, a zwł. granulocytopenia, brak urobilinogenu w moczu i niski poziom bilirubiny we krwi.

Rozpoznano tu niedokrwistość aplastyczną — panmyeolphtisis lub aleukia. Dla potwierdzenia rozpoznania wykonano nakłucie mostka, by zbadać szpik; wydobyto 2 cm³ płynnej treści, przeważnie z kulek tłuszczu; żadnych komórek krwi nie znaleziono. Anemia aplastyczna nie jest jednostką kliniczną w ścisłym znaczeniu; stanowi tylko zespół, a właściwie epilog stanów, zależnych od uszkodzenia szpiku kostnego. Jak zresztą we wszystkich schorzeniach układu krwiotwórczego, główną rolę odgrywa tu nie jakość, ani ilość czynnika uszkadzającego szpik, lecz mniejsza jego wartościowość ustrojowa. Z przyczyn, prowadzących do anemii aplastycznej, najważniejsze: naświetlania radem, torem, prom. Rentgena; ciężkie zatrucia (arsen, rtęć, salwarsan); ostre zakażenia (dur, grypa, posocznica); nowotwory złośliwe o ciężkim przebiegu; długotrwałe krwawienia, małopłytkowość samoistna, nowotwory szpiku, białaczka, anemia złośliwa ziarnica złośliwa w okresach końcowych, a wreszcie nieznane czynniki ustrojowe. Tu nie udało się ustalić przyczyny. Rzecz prosta, że nie można wyłączyć tu końcowego czasu anemii złośliwej B i e r m e r a, ale brakło tu badań krwi z okresu początkowego choroby; natomiast wykrycie wolnego kwasu solnego w treści żołądkowej przemawia przeciwko temu przypuszczeniu. Rokowanie tu oczywiście zawsze złe.

W rozprawie P ł o ń s k i e r omówił sprawę próbnego nakłucia mostka. Zachodzi tu wątpliwość, czy istotnie nakłuciem pobrano szpik kostny, gdyż w mostku szpik kostny nie jest tłuszczowy, lecz czerwony. Do celów rozpoznawczych pewniejsza jest trepanacja mostka. F e j g i n stwierdza, że w tym celu często posługiwał się nakłuciem mostka; metoda ta jak dotychczas, nie zawiodła go.

A s z o w a, L i p s z o w i c z i S t ü c k g o l d. **Pokaz urazowego porażenia nerwów obwodowych w przyp. jamistości rdzenia**. (Z oddz. dr. Kohana i Rotstata).

St. Lit., l. 29, cieśla. Od 10 lat zanikanie mięśni oraz osłabienie lewej dłoni. Od tegoż czasu napadowe bóle w zginaczach ramienia, przedramienia lewego i uczucie zimna w lewej dłoni. Prawą kończyną dolną władał wówczas sprawnie (i w ciągu wielu godzin pracy cieśli). 19 IX 36 r. w czasie snu uderzony został twardym przedmiotem w twarz po str. prawej, a ponadto dwukrotnie w ramię. Gdy urażono go wówczas (siekierą?) w rękę prawą, odczuł w niej jakby „smagnięcie batem“. Kończ. prawej nie mógł wtedy zupełnie poruszyć;—26 dni w szpitalu brzeskim; tam zaszyto mu ranę na twarzy i ramieniu. W ½ października r. 1936 mógł poruszać trochę prawą kończyną w stawie barkowym i łokciowym; w dłoni podobno ruchów jeszcze nie było, zauważył natomiast skurcze, drgania

w pierwszej przestrzeni międzykostnej dłoni. Utrzymuje, że w tym czasie czucie w prawej kończynie było zachowane. 10/II 37 r. przyjęty na oddz. chirurgiczny szpitala, gdzie dokonano w uśpieniu operacji. Zabieg wykonano w znieczuleniu Kulenkampfa. Wycięto bliznę na ramieniu, przedłużono cięcie w górę i w dół. Oddzielono mięsień naramienny od mięśnia trójgłowego ramienia. Na kości prawo-ramieniowej stwierdzono 2 kikuty przeciętego nerwu promieniowego, w postaci zgrubienia. Obok nich przebiegała gałązka tegoż nerwu, nie przecięta, pozostająca w związku z kikutami. . Kikuty odświeżono i zeszyto szwami węzełkowymi. Miejsce szwu obłożono mięśniem z m. trójgłowego. Szwy catgutowe na mięsień i skórę. W dolnym biegunie rany mięśniowej dren. Opatrunek aseptyczny. Przebieg bez powikłań. Rana zagojona w rychłozroście. Po operacji czuł ból większy w miejscu blizny na ramieniu. 6/III 37 r. podczas kąpieli elektrycznej odczuwał prąd jednakowo dobrze we wszystkich kończynach, z wyjątkiem prawej dłoni, gdzie zarówno prąd jak i ból odczuwał słabiej.

Stan obecny: Zaniki kłęba i kłębuszka lewej dłoni, jakoteż mięśni międzykostnych; palce II, III i IV stale zgięte w drugich i trzecich stawach międzypaliczkowych (II po urazie) Prawa dłoń: sina, zlekka obrzmiała, zwisa; przedramię w stanie pronacji; prawe ramię unosi tylko do poziomu pasa barkowego; w stawie łokciowym zgina kończynę z siłą niezłą, prostuje ją słabo. Odwrót przedramienia praw. upośledzony. Nie unosi dłoni ani palców w pierwszych falangach; w drugich i trzecich stawach paliczkowych prostuje. Przeciwstawianie palca pierwszego II, III i IV sprawne, V mu upośledzone. To samo po stronie lewej, też upośledzone. Rozstawianie i zbliżanie palców obustronnie zaburzone. W dłoni prawej — gdy zwisa, dają się zauważyć drobne ruchy kloniczno-toniczne zginania i rotacji, to w jednym, to w drugim palcu, głównie w II, III i IV; ruchy te występują kolejno zrazu w jednym, po tym w II palcu, czasami zaś w dwu palcach naraz. Ruchy te zauważył już w X 36 r. Zaburzenie czucia ciepl. na dłoniach obustronnie, a wysepkami na całym ciele, szczególnie w górnej $^1/_2$. Nieznaczny niedowład prawego nerwu twarzowego o typie obwodowym (uraz twarzy).—Zasługują tu na uwagę objawy w praw. k. g., które wystąpiły po urazie u chorego, dotkniętego już dawno jamistością rdzenia. Wystąpienie objawów, znamiennych dla jamistości rdzenia, w kończynie, którą dotąd uważał za zdrową, pozwala przypuszczać, że rozszerzenie procesu chorobowego z lewej połowy rdzenia na prawą wiąże się tu też z momentem urazu. Ze słów chorego wynika jednak, że okolica kręgosłupa nie została bezpośrednio urażona. W jaki sposób uraz wpłynął pośrednio i na sprawę chorobową w rdzeniu, trudno orzec. Być może, że pewną rolę odegrał

wstrząs psychiczny. Poza tym zasługują w danym przypadku na uwagę ruchy kloniczno-toniczne w dłoni prawej.

W rozprawie Rotstadt sądzi, że chory miał obustronne objawy syringomyelii w kk. górnych już z dawna, osłabienie zaś znaczniejsze górnej kończyny prawej obecnie należy tłumaczyć porażeniem rozginaczy dłoni na skutek uszkodzenia nervi radialis oraz zmian dynamicznych w rdzeniu, w miejscu cierpienia podstawowego, które osłabiły sprawność całej kończyny górnej. Higier omawia przypadek w związku z zagadnieniami sądowo-lekarskimi. Bregman podkreślił możliwość tu krwotoków w rdzeniu, co spostrzega się w jamistości jego. Lipszowicz w odpowiedzi zaznacza, że czynność zastępcza inn. mięśni, tu jeszcze zdrowych, nie wystarcza do wykonywania ciężkiej pracy zawodowej chorego. Należy więc liczyć się z tym, że osłabienie wystąpiło po urazie, niezależnie od uszkodzenia nerwu promieniowego, a pozostaje w związku z ostro powstałą zmianą w rdzeniu (krwotok, wysięk w jamie rdzeniowej?). Wobec braku urazu fizycznego w obrębie kręgosłupa, wstrząs psychiczny, jako czynnik etiologiczny dodatkowy, wchodziłby tu też w grę.

Br. Karbowski. **Rak krtani po laryngektomii.**

F. S., lat 46, z zawodu robotnik, przyjęty na oddział z powodu silnej duszności krtaniowej ze szmerem zwężeniowym. Dokonano tracheotomii śr.. Od roku chrypka, od 6 mies. uczucie przeszkody w łykaniu, od 3 mies. stopniowo nasilająca się duszność. Jak podaje, uprzednio nigdy nie chorował. W krtani guz, wychodzący z lewej kieszonki Morgagniego; przechodził na więz nalewkowo-nagłośniowy i pokrywający głośnię. Serce wydolne. Samopoczucie po tracheotomii dobre. Wobec rozpoznania raka wewnątrzkrtaniowego w 3 tyg. po tracheotomii dokonano całkowitego wyłuszczenia krtani. Założono sondę nosowo-żołądkową.—5-go dnia po operacji niektórę szwy puściły, wskutek częściowej martwicy tkanek. W ranie obfita wydzielina. Silny fetor. W ciągu kilku dni opatrunki co dwie godziny, następnie 2 — 3 razy dziennie. 20-go dnia usunięto rurkę tracheotomijną. 23-go dnia sondę nosowo-żołądkową. Poprawa szybka; począł tyć (8 kg.). W miesiąc po operacji chorego skierowano na naświetlania pr. Rtg. —

Obecnie chory czuje się doskonale: rana zagojona, oddycha swobodnie przez otwór w tchawicy.

Od czasu stosowania energii promiennej w przypadkach raków krtani coraz rzadziej kwalifikuje się chorych do całkowitego wyłuszczenia krtani. W wieku podeszłym lub też w wieku młodym i średnim, kiedy są przeciwwskazania (kiła, choroby płuc, serca) powinna być stosowana wyłącznie energia

promienna. Natomiast w wieku młodym, gdy brak przeciwwskazań, metody operacyjne dają większe możliwości uzyskania trwałego wyleczenia.

Wobec dobrego stanu ogólnego i względnie młodego wieku zastosowano w danym przypadku doszczętną operację.

W rozprawie Gołdstein zaznacza, że widocznie w poglądach laryngologów na sprawę leczenia raka krtani nastąpił zwrot w kierunku operowania, gdyż w poprzednich latach wypowiadali laryngolodzy wielokrotnie pogląd, że naświetlanie raka krtani daje wyniki zadowalające, lepsze aniżeli interwencja chirurgiczna.

Gdy chodzi o cięcie, to zdaniem G. cięcie fartuszkowe (Glucka) daje dostęp dokładniejszy do gruczołów podszczękowych, które w tych wypadkach należy doszczętnie usuwać. Nawroty występują przede wszystkim w tych gruczołach. Cięcie środkowe jest oszczędniejsze, ale dostęp do gruczołów nie jest dostateczny. G. zwraca uwagę na wybitne znaczenie opieki pooperacyjnej, gdyż od dokładnej pielęgnacji (chorzy najczęściej giną od zachłystowego zapalenia płuc) zależy pomyślny wynik operacji.

M. Fejgin i M. Płońskier. **Przypadek ostrego zaniku żółtego wątroby.** (Z oddz. M. Fejgina i M. Płońskiera).

Pacjentka, lat 38; przybyła z powodu żółtaczki, obrzęków, wzdęcia brzucha, wymiotów i osłabienia. Zachorowała przed 2-ma miesiącami, dostała żółtaczki bez gorączki i bez bólów— mocz ściemniał, stolce były zaparte. Po miesiącu zaczęła wymiotować, brzuch stał się wzdęty, nogi obrzękły; zaczęły się wymioty ze śladami krwi; słabła coraz bardziej. — Niezamężna. Poza grypą przed rokiem — nigdy jakoby nie chorowała; od 4 lat straciła miesiączkę. W badaniu stwierdzono zabarwienie żółtawe skóry i białkówek; w narządach kl. piersiowej, poza głuchymi tonami serca, zmian nie było; w jamie brzusznej duża ilość ropnego płynu; wątroba mała, śledziona niemacalna; znaczne obrzęki stóp i podudzi. Na oddziale: stan ciężki, zamroczenie świadomości, wymioty krwawe. — Następnego dnia po przybyciu chora zmarła. Ze względu na brak dolegliwości wątrobowych w wywiadach, na bezbolesną i niezbyt wybitną żółtaczkę, na objawy ciężkiej kolemji ze skazą krwotoczną, zamroczeniem świadomości—przy małej wątrobie — rozpoznano: Icterus gravis in atrophiam hepatis vertens. Rozpoznanie sekcyjne brzmiało: Atrophiam hepatis acuta flava; Ascites; Cholelithiasis.—W przypadku tym zastanawia stosunkowo powolny rozwój schorzenia (powyżej 2 miesięcy), wczesne wystąpienie wybitnych zaburzeń w gospodarce wodnej (wybitne obrzęki i wodobrzusze), przy nieznacznej żółtaczce i długo utrzymującym

się wzgl. dobrym samopoczuciu chorej, wreszcie stosunek zaniku wątroby do utajonej kamicy żółciowej, która mogła stanowić podłoże dla powstania tego ciężkiego uszkodzenia wątroby.

B. Glass i Z. Swisłocki. **Przypadek ustępującego nacieku płucnego w przebiegu gruźlicy płuc.** (Z oddz. B. Jochwedsa).

Przebieg gruźlicy płuc obfituje w niespodzianki, zarówno smutne, jak i pogodne. Ustalenie rokowania w tej chorobie jest jedną z najtrudniejszych rzeczy, to też nic dziwnego, że zachodzą często omyłki lekarskie. Oto przypadek takiej omyłki w ustalaniu rokowania.

15. I. 37 r. przyjęto 31-letnią w stanie bardzo ciężkim. Z trudem udały się wywiady. Okazało się, że jesienią 1929 r. miała niewielkie krwioplucie; prześwietlenie wykazało jakoby nieznaczne zmiany w szczytach. Od tego czasu krwioplucia co pewien czas. Nie leczyła się jednak; naogół czuła się dobrze. Dzień przed przybyciem do szpitala dostała dreszczy i t^0.—T^0—$40^0$1, tętno d obne 140′, oddechów 36 na min., sinica. Przytłumienie z oddechem chuchającym i licznymi rzężeniami nad górną częścią lewego płuca; szeroki pas przytłumienia, z oddechem lekko chuchającym, od przodu po str. prawej. W plwocinie: pojedyncze prątki w preparacie. Po 2 dniach t^0 opadła do 37^0 lecz następnego > do $39^0$6. W 4 dniu pobytu w szpitalu zmiany wypukowe i wysłuchowe w płucu lewym, jak poprzednio, natomiast w prawym od przodu, w obrębie przytłumienia, wyraźny oddech oskrzelowy, z licznymi rzężeniami średniobańkowymi. Rozpoznano gruźlicę płuc obustronną, ostro postępującą. Nie zważając na wysoką t^0, skierowano chorą do badania rentgenowskiego, by ustalić dalsze postępowanie. Rtg. 19. I. 37 (w pracowni szpitala): rozległy, niezbyt jednolity, naciek w płucu prawym; prócz szczytu i kąta żebrowo - przeponowego drobne nacieki z rozpadem nad i pod lewym obojczykiem. Ze względu na stwierdzenie tak rozległych zmian zrezygnowano z zastosowania jakiejkolwiek metody leczniczej, zalecono jedynie podawanie piramidonu oraz wstrzykiwania kamfory ze strychniną, a rokowanie uważano za złe.

Jakież było jednak zdziwienie, gdy w ciągu następnych 5 dni t^0 zaczęła stopniowo opadać, by na 12-ty dzień opaść niżej 37^0. Stan chorej uległ znacznej poprawie, zmiany fizykalne po str. lewej były, jak poprzednio, natomiast po prawej przytłumienie zmniejszyło się znacznie, oddech stał się pęcherzykowy, a rzężenia ustały. W ciągu następnego tygodnia stan ogólny chorej ulegał dalszej poprawie, zmniejszała się ilość rzężeń nad lewym szczytem, a w płucu prawym nie stwierdzało się już żadnych zmian fizykalnych. Zdjęcie Rtg. (9.II.37, a za-

tem w 3 tygodniu po pierwszym zdjęciu), przyniosło nową niespodziankę: zmiany w płucu lewym jak poprzednio, natomiast bez zmian w płucu prawym. Wielki naciek ustąpił bez śladu. Wielokrotnie powtarzane badania plwociny nie stwierdziły już obecności prątków Kocha. Badanie plwociny na pożywce jest w toku. Zdjęcie Rtg. 5.III.37 wykazuje takie same zmiany, jak na poprzednim. Obecnie badanie fizykalne stwierdza przytłumienie z oddechem chuchającym, z licznymi rzężeniami po kaszlu, nad górną częścią lewego płuca. W płucu prawym bez zmian. A zatem, u chorej na gruźlicę płuc, miało się do czynienia z przejściowym, rozległym naciekiem zapalnym, który uległ całkowitemu zanikowi w ciągu niecałych 3 tygodni.

Jakiego pochodzenia był ten naciek? Swoistego czy nieswoistego? Jeśli był to naciek swoisty, jaka była tu postać gruźlicy. O ile przypuścić tu etiologię gruźliczą nacieku (do czego uprawnia to, że chora cierpi na gruźlicę; stwierdzono prątki Kocha w plwocinie) — to wybieraćby należało między postaciami anatomoklinicznymi gruźlicy, w których wspólną cechą jest zdolność do pomyślnego rozwiązania. Pierwsza— to nacieki przywnękowe oraz inne postaci zapaleń okołoogniskowych, a 2-ga — to odoskrzelowe gruźlicze zapalenie płuca, które zatrzymało się w rozwoju w okresie pneumonia gelatinosa lub desquamativa, a zatem wysięk zapalny w pęcherzykach nie uległ jeszcze zserowaceniu, i z tego względu może nastąpić całkowite restitutio ad integrum.

Pierwszą wspomnianą grupę nacieków spostrzega się przeważnie u dzieci. Trudno zaliczyć jednak dany przypadek do tej grupy, ponieważ nie stwierdzono żadnego ogniska w płucu prawym, któreby mogło dać tak wielkie zapalenie okołoogniskowe. Pozostaje do rozważenia tu jedynie bronchopneumonia tbc.. Spostrzega się często, a i opisywane są nieraz zapalne nacieki gruźlicze, szybko ustępujące. Opisano np. ustąpienie nacieku gruźliczego w ciągu 8 dni. Dotyczy to jednak przede wszystkim nacieków niewielkich To też, choć nie można z całą pewnością bronić tej koncepcji, przypuścić jednak należy, iż raczej był tu naciek zapalny pochodzenia nieswoistego. Wiele czynników przemawia za tym. Przede wszystkim działo się to w okresie epidemii grypy. Ciepłota przekraczała 39°; to stosunkowo rzadko widzi się w przebiegu ostrej gruźlicy. Naciek był bardzo rozległy oraz ustąpił bez pozostawienia jakiegokolwiek ogniska gruźliczego lub pola induracyjnego. Gruźlicze nacieki pozostawiają zazwyczaj smugi i plamki. Wreszcie szybkość zanikania objawów przemawia również za etiologją nieswoistą.

Rzecz oczywista, że chory na gruźlicę może zapaść na nieswoiste zapalenie płuc. Ustalenie właściwego rozpoznania wówczas jest zawsze trudne. Z piśmiennictwa znamy jedynie

3 przypadki podobne. W jednym — rozpoznanie ustalił anatomopatolog. W drugim rozpoznanie ustalono na tej podstawie, że naciek dolno-płatowy, o charakterze pneumonicznym, zanikł w ciągu 4 tygodni, pomimo stałego postępowania gruźlicy w górnych płatach.

Tu nie wykonano (ze względów od nas niezależnych) żadnych badań dodatkowych. Pewne znaczenie mogłoby mieć oznaczenie szybkości opadania krwinek, ponieważ szybsze jest opadanie w naciekach nieswoistych niż w gruźlicy. Badanie krwi wykazuje w podobnych przypadkach leukocytozę z mniejszym lub większym przesunięciem wzoru w lewo. Zmiany te występują zarówno w przebiegu ostrej gruźlicy, jak i w nieswoistych zapaleniach płuc Często wystąpieniu przejściowych nacieków nieswoistych towarzyszy eozynofilia. Rozbiór tych przypadków jest jednak zawsze trudny, ponieważ nie można wyłączyć z pewnością etiologii gruźliczej.

Wobec powyższego — należy pamiętać, iż w każdym ostrym epizodzie przebiegu gruźlicy płuc możliwa jest obecność nawarstwienia nieswoistego. To też zarówno w leczeniu, jak i rokowaniu, należy to mieć w tych razach na względzie.

W rozprawie Bieleńki omówił postępowanie terapeutyczne w podobnych przypadkach. Dalsza obserwacja rozstrzygnie, czy zachodziła tu sprawa swoista , czy też nie. Nie należy zapominać, że chorzy na gruźlicę płuc mogą zapadać na rozmaite inne choroby, a zwł. grypę, z powikłaniami płucnymi, co zmienia na przeciąg pewnego czasu obraz i przebieg kliniczny głównego cierpienia.

E. Herman i A. Birenbaum. **Przypadek pląsawicy Huntingtona bez tła dziedzicznego.** (Z oddz. E. Hermana).

48-letnia kobieta, służąca, choruje od 3 lat. Dawniej zdrowa. Miesiączki regularne. W rodzinie chorób podobnych nie było. Schorzenie się rozpoczęło od ruchów mimowolnych lewej $^1/_2$ ciała. Ruchy te — na początku nieznaczne — wzmogły się z biegiem czasu tak, że po upływie 2 lat ruchy w całej l. $^1/_2$ ciała były rozległe i przeszły na prawą połowę; dotyczyły głównie głowy i kkg.. Mniej więcej w tym okresie wystąpiły zaburzenia mowy. — St. ob: Narz. wewnętrzne +. Słaby odczyn źrenic na światło, pozatem n n. czasz. bez zmian.

Kkg.: osłabienie; napięcie chwilami wzmożone, chwilami obniżone; odruchy +.

KKd.: bez zmian. PR — żywe; AR — polikinetyczne; bez odruchów patologicznych.

Mowa utrudniona, niewyraźna.

Płyn, krew — bez zmian; cukier w płynie — 84 mg%.

W spokoju widać wiele ruchów mimowolnych głowy, twarzy, kkg i tułowia. Głową ruchy jakby potakujące lub przeczące, to znowu półobrotowe. Twarz o wyglądzie osobliwym: brwi ściągnięte, na skutek czego wytwarzają się pionowe, równoległe zmarszczki, usta zaciśnięte, kąty ust jakby obustronnie ściągnięte ku dołowi i do boków; górna warga w miejscu, graniczącym z nosem, przeciągnięta do wewnątrz. Nadaje to wszystko twarzy wyraz stałego gniewnego zachmurzenia; w to wplatają się ruchy mimowolne w twarzy, głównie w postaci kurczów mięśni, ściągających brwi oraz mięśni okołowargowych. Podczas mowy kurcze mięśni twarzy wzmagają się, zarówno co do nasilenia, jak i obszaru, tak, iż zanim chora wypowie zdanie, widoczny jest szereg ruchów kurczowych, mimowolnych, w mięśniach okrężnych ust oraz policzka, powodujących grymas wyciągania i wciągania warg. Niezależnie od tego słychać od czasu do czasu mlaskanie językiem Utrzymać wysuniętego języka nie może, wciąga go i wysuwa. W kkg. ruchy mimowolne występują przeważnie w odcinkach odsiebnych w palcach i dłoni; widać prawie ciągłe kurcze mięśni przedramion oraz ruchy mimowolne palców, zginania naprzemienne i rozginania — zwłaszcza kciuka i pierwszych 2 palców — niesynchroniczne, o różnym natężeniu i rozmiarach. Poza tym widoczne są ruchy obszerniejsze w barku, klatce piersiowej, kurcz mięśni mostkowo-sutkowo-obojczykowych, z rzadka kurcz mięśni brzusznych. Kk. dolne, przeważnie w spokoju, wykazują od czasu do czasu rotację na zewnątrz lub na wewnątrz stopy; zgięcie lub rozgięcie przeważnie stopy lewej.

Wszystkie powyżej opisane ruchy mają charakter pląsawiczych, są znacznie powolniejsze, niż w zwykłej pląsawicy, niekiedy z dodatkiem elementu torsyjnego.

W czasie emocji opisane ruchy wzmagają się, obszar ich staje się większy, nabierają one charakteru bardziej ruchów pląsawiczych, przyczem zwraca uwagę, że nawet podczas emocji ruchy te dotyczą głównie kkg., barków, szyi, głowy — najmniej kk. dolnych.

Cały ten rozległy obraz ruchów pląsawiczych odznacza się tu pewną stereotypowością oraz symetrią ruchów, t. zn., że ruchy mimowolne w obu kkg. dotyczą jednakowo tych samych odcinków, zarówno co do swego charakteru jak i nasilenia.

W chwilach wolnych od kurczu napięcie w kkg. zmniejszone nieco, przeważnie jednak zwiększone w zginaczach; również w kkd. napięcie zwiększone, szczególnie w zginaczach. Nie ulega wątpliwości, że ma się tu przypadek pląsawicy Huntingtona. Postępujący charakter sprawy chorobowej, wiek chorej, charakter ruchów mimowolnych, najbardziej zaznaczony w głowie, twarzy i kkg. — przemawiają za tym.

Kilka znamiennych szczegółów warto tu podkreślić. W pierwszym rzędzie, że objawy wystąpiły tu zrazu w jednej ½ ciała, a później przeszły na drugą; lokalizacyjnie mogłoby to mieć pewne znaczenie.

Ponadto ciekawa okoliczność, że ruchy mimowolne prawie wyłącznie objęły głowę, kkg i tułów, natomiast w kk. dolnych ruchy te są b nieznaczne.

Brak tła dziedzicznego zasługuje tu na podkreślenie. W chorobie Huntingtona, jako w sprawie o charakterze wybitnie zwyrodnieniowym, przeważa dziedziczność. Znane są jednak przypadki tej choroby — bez tła dziedzicznego — jak i w danym przypadku. Schorzenia psychiczne w pląsawicy odgrywają nie raz wielką rolę, przy czym objawy neurologiczne mogą być poprzedzane przez zaburzenia psychiczne afektywne, zakłócenie procesów myślenia, niekiedy w okresie ostrym aż do ostrej psychozy. W tych przypadkach przeważa zwykle paranoidalno-hypochondryczny zespół objawów w połączeniu niekiedy z omamami. W niektórych przypadkach zespół objawów może nawet przypominać Schizofrenię. W pląsawicy Huntingtona proces chorobowy toczy się przeważnie w jądrach podstawnych, ale i kora mózgowa bierze niewątpliwie udział w sprawie chorobowej: jednocześnie ze zwyrodnieniem komórek neostriatum są tu również zmiany zwyrodnieniowe w komórkach kory mózgowej; łącznie zmiany te w zupełności tłumaczą obraz

W rozprawie H i g i e r podkreślił podłoże rodzinno-dziedziczne tego cierpienia, Głównym czynnikiem etiologicznym jest tu proces degeneracyjny w komórkach jąder podstawnych i w korze mózgowej. Próba wiązania przez prelegenta choroby tej z pląsawicą dziecięcą jest niesłuszna, gdyż obie te sprawy są różne. Zachodzi tu taka sama analogia, jak w chorobie Parkinsona i parkinsonizmie. B r e g m a n również nie podziela słuszności przypuszczenia kolegi Birenbauma co do pokrewieństwa pląsawicy Sydenhama z pląsawicą Huntingtona. Źródła rosyjskie, na które się powołuje prelegent, nie wydają się tu miarodajne. H e r m a n w przemówieniu swym rozważa obydwa cierpienia, jako dwie zasadnicze różne jednostki chorobowe: jedna bowiem powstaje na tle zakaźnym, druga zaś zawsze na podłożu zwyrodnienia.

Sprawozdania z posiedzeń w czerwcu r. 1937

H. Z e l d o w i c z. **Przypadek Scler. multip. z wybitnymi zaburzeniami koordynacji i nystagmem powiek.** (Z oddz. E. H e r m a n a).

U 27-letniego rolnika przed 7 laty wystąpiło osłabienie pr. k. d., a wkrótce potem l. k. d.. W 3 roku choroby drże-

nie zamiarowe kkg., stale nasilające się, oraz zaburzenia mowy; z kolei drżenie głowy i zatrzymanie moczu. Potencja +. Od 3 lat w łóżku. Narządy wewnętrzne bez zmian. Dno oczu +. Źrenice wąskie; odczyn na światło — O; dobrze reagują na przystosowanie; ruchy gałek +. Gdy spogląda na wprost oczopląs poziomy o zmiennym natężeniu; do boków też poziomy, w prawo żywszy, w lewo niekiedy skośny do góry. Przy patrzeniu ku górze i na dół — oczopląs pionowy. Zwrotom gałek do boków towarzyszy pląs-drganie (nystagmus) powiek o dużej amplitudzie: trwa to kilka sekund, poczym dopiero występuje oczopląs. Najwyraźniej występuje to na początku badania. Niedowład dolnej prawej gałązki n. VII ego. W spokoju ruchy robaczkowe w pr. $^{1}/_{2}$ wargi górnej. W czasie mówienia nadmierna inerwacja mięśni mimicznych twarzy. To samo w ruchach czynnych kończyn i głowy; w tej poza tym drżenie większe w pozycji siedzącej. W k. k. g. — drżenie zamiarowe, wahania ich o dużej amplitudzie w kierunku skośnym lub poziomym, ponadto odwodzenie k. k., przywodzenie, nawracanie, odwracania i t. d. W pozycji siedzącej zaburzenia te większe. Siła kkg. dość dobra, pr. < l; napięcie nieco wzmożone. Odruchy b. żywe Brzuszne — O. Niedowład kurczowy dolnych k. k.. — PR, AR — kloniczne; B a b i ń s k i —, R o s s o l i m o ++; Mowa skandowana. Nieznaczne otępienie umysłowe. — Wziąwszy pod uwagę objawy bezładu móżdżkowego, objawy rzekomoopuszkowe, pląs powiek oraz rozsiany charakter cierpienia rozpoznano tu S c l e r. m u l t i p l. Na szczególną uwagę zasługuje pląs (nystagm.) powiek — nader rzadki objaw kliniczny. Pierwsze prace o tym — to P i c k a (1915 r.) oraz P o p p e r a i S i t t i g a; spostrzegali oni ten objaw w stwardnieniu rozsianym wraz z oczopląsem poziomym i przypuszczali, że pląs powiek jest następstwem dyfuzji pobudzenia, wywołującego oczopląs, dalej aż do jąder dźwigaczy powiek, będących w stanie patologicznym. O r z e c h o w s k i (2 przypadki) przypuszcza, że wystąpienie pląsu powiek spowodowane być może uszkodzeniem nadjądrowym, wzgl. nadwrażliwością jąder dźwigaczy powiek oraz dyfuzją bodźców. Dany przypadek przemawia za słusznością tego poglądu, tu bowiem spostrzegało się nadmierną dyfuzję bodźców inerwacyjnych w mięśniach twarzy, tułowia i kończyn, a to jest wyrazem uszkodzenia rzekomoopuszkowego. Zaburzenia inerwacyjne w sferze mięśni gałek ocznych stanowią prawdopodobną przyczynę pląsu ich powiek.

G i n z b u r g o w a. **Zgorzel sromu.** (Z oddz. J. M e r e n l e n d e r a).

Dziecko ma $2^{1}/_{2}$ roku; przepisane 15.VI ze szpitala Ś-go Stanisława z powodu zmian na narządach płciowych. Oka-

zało się, że 12 dni temu dziecko miało wymioty, t° do 40°, wysypkę oraz zaczerwienienie i obrzęk warg sromnych. W przypuszczeniu błonicy wstrzyknięto w szpitalu Św. Stanisława 6 dni temu 10.000 jed. surowicy przeciwbłoniczej. — Wywiadów zebrać się nie udało. — Dziecko wątłe, wyniszczone, przytomne. T° — 38,3. Gruczoły pachwinowe nieznacznie powiększone. W płucach bronchitis diffusa. Na skórze wyraźne ślady po osutce, najprawdopodobniej, odrowej. Wargi spieczone, pokryte miejscami strupkami, popękane (dr Lipszyc). — Na sromie po odchyleniu tkanek zgorzelinowych stwierdzono otwór, prowadzący do pochwy z błoną dziewiczą niezmienioną; powyżej wśród znekrotyzowanej tkanki wylot cewki moczowej. Wargi mniejsze i większe wraz z łechtaczką wyżarte całkowicie, w stanie zgorzelinowym. Zgorzel całkowicie zniszczyła spoidło tylne, krocze, do górnej granicy zwieracza odbytu. W głębi szara tkanka pokryta nalotem ropnym. Na wzgórku łonowym i dookoła dużych warg sromu ograniczone zaczerwienienie długości 1 — 2 cm.; tu na szczycie ubytek naskórka (dr Rozental i Schipper). W wydzielinie z pochwy i powiek — prątki o wyglądzie prątków błonicy (dr Dworecki). — W rozróżnianiu rozpoznawczym należało tu mieć na uwadze: 1) zgorzel pierwotną, jak np. Noma; 2) sprawę zgorzelinową, jako zejście uszkodzenia chemicznego albo fizycznego; 3) zgorzel wtórną w przebiegu chorób zakaźnych; oraz 4) zmiany błonicze (dyphteria cutis primaria). — Zrazu myślano tu o zgorzeli, spowodowanej przebytą chorobą zakaźną. Wykrycie pałeczek błoniczych ustaliło pierwotną błonicę. Zgorzel narządów płciowych zewnętrznych u mężczyzn spostrzega się częściej (przypadek Lubelskiego i Pompera, demonstrowany przed kilku laty na posiedzeniu klinicznym). Zgorzel sromu u kobiet, wzgl. u dziewczynek, należy do b. rzadkich zdarzeń. Odróżnia się postać pierwotną i wtórną; pierwotną opisał Fournier w r. 1883 pod nazwą Gangrene fudroyante; do tej postaci należał przypad. Lubelskiego i Pompera. Zgorzele wtórne spostrzega się we: 1) wrzodach miękkich; 2) wrzodach twardych; 3) nadżerkach wiewiórowych. — W leczeniu zastosowano tu okłady z płynu Bourowa, z mocnego rozczynu kal. hyp., kąpiele z kal. hyp. oraz tuszowanie 1% Neosalvarsanem. Poza tym w pierwszym dniu zastrzyknięto (według Besredki) 10 cm. surowicy przeciwzgorzelinowej; w 2-im dniu zastrzyk powtórzono. Po 2 godzinach na skutek powyższego leczenia nastąpiła wybitna poprawa: t° spadła, zgorzelinowe tkanki oddzieliły się od podłoża i zwisały w postaci strzępów brudno-szarych; podłoże przedstawiało obraz zdrowej ziarniny. W 3 dniu pobytu na oddziale dalsza poprawa: masy zgorzelinowe odpadły, powierzchnia warg oczyściła się,

obrzęk, zaczerwienienie dookoła pierwotnego ogniska znikły. Dziecko raźniejsze; ciepłota prawidłowa. 18/VI 37 ponownie przeniesione do szpitala Św. Stanisława, gdzie przebywało w ciągu 8 dni. Przez ten czas nie gorączkowało; samopoczucie było dobre. Powierzchnia warg sromowych zupełnie czysta.

Dworecki i Wyszogród. **Późne powikłanie tyfusu brzusznego**. (Z oddz. A. Wertheima).

Na oddział zgłosił się 60-letni z powodu bolesnej guzowatości, od miesiąca, w miejscu, gdzie II lewe żebro łączy się z mostkiem. Guzowatość ta, wielkości $^1/_2$ dużej śliwki, pokryta skórą nie zmienioną, ma konsystencję chrząstki, jest bolesna z ucisku i wrasta z jednej strony w mostek, a z drugiej w II lewe żebro.

St. ob.: wyniszczony, o wątłej budowie ciała. Do połowy XII. 36 r. nie chorował. W XII 36 r. grypa; skarżył się na bóle w krzyżu; zaburzeń kiszkowych nie miał. Kaszle i spluwa białą flegmę, w niewielkiej ilości. W narządach wewnętrznych bez widomych zmian. Odcz. Wass. ujemny. Mocz. +. T.^{0} normalna. We krwi leukopenia (4700 białych ciałek krwi, 43% limfocytów). W plwocinie nie wykryto laseczników Kocha. Rentg. klatki piersiowej nie wykazał zmian ani guzowatości (brak uwapnienia ogniska chorobowego). Wyżej wskazane nasuwało myśl o gruźlicy, wzgl. promienicy, albo o nowotworze żebra lub mostka. By uzyskać do zbadania wycinek z narośli, usiłowano w znieczuleniu miejscowym, cięciem płatowym, dotrzeć do niej (nie była zrośnięta ze skórą). Po nacięciu jej z głębi zaczęła się wydalać ropiasta, rozpadająca się tkanka w niewielkiej ilości. Ściany wytworzonej jamy wyskrobano, do środka wprowadzono dren i pas gazy; częściowy szew skóry. Histopatologicznie: przewlekła sprawa zapalna; bakteriologicznie — czysta hodowla lasecznika duru brzusznego. Krew chorego, zbadana z kolei na Vidala, dała wynik dodatni w rozcieńczeniu 1 na 500. — Chory czuje się lepiej. Ropienie w guzowatości małe; bolesność wciąż mniejsza niż przed zabiegiem. Nie gorączkuje. Do badania bakteriologicznego oddano żółć, kał i mocz na laseczniki duru brzusznego.

Wrotami zakażenia w durze brzusznym jest, jak wiadomo, przewód pokarmowy; stąd laseczniki durowe dostać się mogą poprzez krwiobieg prawie do wszystkich narządów i tkanek i tam wywołać sprawy zapalne ropne. Tu chory przebył prawdopodobnie t. zw. ambulatoryjną postać duru brzusznego, o czym nie wiedział, cierpienie zaś, które go sprowadziło do szpitala, jest potyfusowym ropnym zapaleniem ochrzęstnej II lewego żebra i okostnej rękojeści mostka.

Dworecki omawia patogenezę późnych ogniskowych spraw ropnych, wywołanych przez pałeczki duru; podkreśla, że zarazek ten może — po przebyciu duru brzusznego — długie lata pozostawać w organizmie, głównie w układzie śródbłonkowo-siateczkowym, a przede wszystkim w szpiku, śledzionie. Narządy te, obok najczęstszego miejsca zakażenia durowego — pęcherzyka żółciowego, stają się prawdopodobnie punktem wyjścia dla chirurgicznych powikłań. Rzecz b. charakterystyczna, że pałeczka durowa występuje tu jako drobnoustrój ropotwórczy. Wbrew zwykłemu w durze brzusznym powinowactwu jej z układem limfatycznym, tu leukocyty wielojądrzaste zogniskowały się w punkcie jej inwazji. Przyczyna tego odmiennego typu cytologicznej reakcji ustroju tkwi przede wszystkim w zmianie, jakiej ulega makroorganizm, a nie mikroorganizm. Dworecki podkreśla, że ilekroć miał sposobność hodować z ognisk pałeczki durowe, nawet po latach ich współżycia z ustrojem ludzkim, były one zupełnie typowe pod każdym względem. A więc w ciągu tak długiego czasu narządy i soki ustroju nie zdołały wywołać w pałeczce durowej t. zw. przemian dysgenetycznych. W makroorganizmie natomiast wytwarza się pewne przestrojenie w postaci swoistego uodpornienia przeciwko durowi: ustrój reaguje wówczas na wtargnięcie pałeczki durowej nie zakażeniem ogólnym, a umiejscowionym, ropnym. Dość powszechne jest również trwanie wysokiego odczynu dodatniego Widala w surowicy (tu miano równe 1 : 500) w związku z ogniskową sprawą ropną.

W rozprawie Kohan wyraził przypuszczenie, że grypa, na którą chory rzekomo chorował, była prawdopodobnie durem brzusznym. Byłoby to zgodne z przebiegiem klinicznym cierpienia i na to wskazywała lokalizacja charakterystyczna ropnia.

Fejgin omówił zagadnienie odporności organizmu w odniesieniu do okresowych załamań się ustroju i wędrowania pałeczek Eberta, podkreślając analogie ze zjawiskami w gruźlicy.

Altkaufer, nawiązując do pokazu, przypomniał swój przypadek operowanej zropiałej torbieli jajnika po porodzie, z której wyhodowano pałeczki duru brzusznego.

Landsberg, Mesz, Lewit. **Przypadek zapalenia płuc o niezwykłym przebiegu.** (Z oddz. M. Landsberga).

R. D., lat 36-iu, w stanie ciężkim przywieziony na oddział. Przed trzema tygodniami, po przeziębieniu, „łamanie" w kończynach, t^0 38°, suchy kaszel. Po tygodniu znaczne t^0 wahania od 37° do 40° i dreszcze. Odpluwanie bardzo skąpe. St. obecny: duszność; temp. 38°, tętno 120 na min., słabo napięte,

znaczne przyśpieszenie oddechu; sinica twarzy. Przytłumienie nad prawym grzebieniem łopatki; stłumienie od kąta prawej łopatki w dół. Od przodu stłumienie z odgłosem bębenkowym od 4 prawego żebra w dół. Granice płuca po tej stronie nieruchome. Oddech wszędzie zaostrzony, z wydłużonym wydechem, świsty, furczenia. W miejscu stłumienia pod prawą łopatką oddech osłabiony z rzężeniami średniobańkowymi, niedźwięcznymi. Drżenie osłabione. Pod obojczykami oddech zbliżony do oskrzelowego. Pozostałe narządy bez widomych zmian. Stan ogólny ciężki, niepokój psychoruchowy.

W ciągu dni następnych stan chorej pozostał ten sam. T° <> 38. W lewym płucu oddech zaostrzony, z wydłużonym wydechem. Płuco prawe: stłumienie pod prawą łopatką. W tym obszarze oddech osłabiony, powyżej chuchający z rzężeniami; od przodu stłumienie, od 3 międzyżebrza w dół, oddech zbliżony do oskrzelowego. Wydzielina skąpa, śluzowo-ropna, nie cuchnąca, bez prątków Kocha i włókien sprężystych. Rozpoznano: zapalenie płuc prawostronne. Rtg. stwierdza zacienienie pola płucnego prawego, a na tle ogólnego zagęszczenia, liczne oddzielne okrągłe ogniska, mocno nasycone, o ostrych konturach. Rentgenolog skłania się raczej do rozpoznania przerzutów nowotworowych do płuca.

W moczu nic szczególnego. We krwi niedokrwistość hypochromowa; leukocytoza obojętnochłonna (16 500), w tym 26% pałeczkowatych. Zmian toksycznych w neutrofilach nie stwierdza się. Widal i Wasserman—ujemne. Opadanie krwinek — 65.

Badanie ginekologiczne — stan normalny. Z nakłucia jamy opłucnej w miejscu stłumienia, pod prawą łopatką, wydobyto z $^1/_2$ cm.^{3} płynu krwawego; w rozmazie elementy krwi w ich stosunkach normalnych. W czasie dalszego pobytu objawy toksyczne raczej się wzmogły: zamroczona, chwilami niespokojna, tętno 140, słabo napięte; kończyny zimne. Zmiany fizykalne w przybliżeniu takie, jak poprzednio, jedynie od przodu granica stłumienia przesunęła się do drugiego żebra. W tym miejscu oddech chuchający, z licznymi rzężeniami, grubo i średniobańkowymi, dźwięcznymi. Ze względu na zamroczenie chorej przypuszczano istnienie przerzutu do mózgu; na dnie oczu zmian żadnych nie wykryto. Stan chorej w tym okresie niemal beznadziejny. Nagle, w 3 tyg. pobytu na oddziale, stan chorej zaczyna się poprawiać, temp. opada, pojawia się obfite odpluwanie (w wydzielinie nadal nie stwierdza się prątków Kocha), tętno uzyskuje lepsze napięcie i zwalnia się do 90 na minutę. Chora odzyskuje przytomność, uspokaja się: wraca łaknienie. Zmiany fizykalne pozostają mniej więcej te same, jedynie ilość rzężeń znacznie się zmniejsza. Zdjęcia rentge-

nowskie, wykonane w tym czasie, nie swierdzają opisanych poprzednio guzów. Pozostaje jedynie lekkie zacienienie całego prawego pola płucnego. Od podstawy serca stwierdza się pasmo łącznotkankowe grube, biegnące do szczytu prawej przepony.

W ciągu dni ostatnich pobytu chorej na oddziale nastąpiło lepsze samopoczucie, zaczęła przybierać na wadze. Zmiany fizykalne nad prawym płucem trwają jednak nadal: skrócenie wypuku od 1/2 prawej łopatki w dół, stłumienie pod kątem tejże łopatki, osłabione drżenie i oddech. Liczne rzężenia po kaszlu. Od przodu przytłumienie od 3 go prawego żebra w dół, z oddechem chuchającym i rzężeniami po kaszlu.

Dalszy pobyt chorej w szpitalu zaznaczył się polepszeniem samopoczucia i poprawą ogólną. Stłumienie pod prawą łopatką i rzężenia po kaszlu pozostały jeszcze na czas dłuższy.

Przypadek ten jest szczególnie ciekawy z punktu widzenia rentgenologicznego: szybkie zniknięcie ostro odgraniczonych cieni, odtwarzających jakby guzy nowotworowe

W rozprawie Płońskier podzielił słuszność wywodów Mesza, dotyczących tłumaczenia rentgenogramów. Sam spostrzegał wśród anomalii płuc cztery do pięciu zrazów. Jednakże należy się jeszcze tu zastanowić nad możliwością torbielowatości płuc, wskazana zatem byłaby tu bronchografia. Goldstein uważa, że wobec szybko następujących po sobie zmian, nie należy tu zbyt szybko stawiać rozpoznania. Dalsza obserwacja sprawę winna wyjaśnić. Kobryner, nie kwestjonując ognisk pneumonicznych, przypuszcza na podstawie rentgenogramów, że możnaby tu myśleć jeszcze i o pleuritis interlobaris. Higier przytoczył spostrzeżenie, w którym rentgenogram wykazał „nowotwór" płuc, dalszy jednak przebieg choroby rozstrzygnął na korzyść sprawy zapalnej (bronchopneumonii). Glass uważa, że nie raz zmiany w krążeniu mogą na rentgenogramie imitować stany zapalne płuc. Lewit w odpowiedzi stwierdził, że cały obraz kliniczny, szczególnie obfite odpluwanie, każą w tym przypadku rozpoznać sprawę zapalną w samym miąższu płuc. Uwidocznione na rtg-amie pasmo, imitujące pleuritis interlobaris odpowiada raczej przebiegowi oskrzela.

J. Dworecki i A. Sztajnberg **Przypadek polisepsis wątrobowego pochodzenia.** (Z oddz. B. Jochwedsa).

Chorą zapisano z powodu t. 40°, wstrząsających dreszczów i żółtaczki. Przed miesiącem poronienie, po którym tydzień gorączkowała; następnie przez 2 tygodnie czuła się zdrowa, pra-

cowała. Przed tygodniem nagle objawy gorączki, żółtaczki i silne bóle w okolicy wątroby.

Przed 8 laty dur; od tego czasu przewlekłe zapalenie woreczka żółciowego.

St. ob.: wzrostu średniego, budowy prawidłowej, odżywienia dobrego. Skóra żółta, z odcieniem trawiastym, białkówki żółte. W płucach bez zmian. Serca granice w normie, akcja miarowa, tony czyste. Tętno 120 uderzeń na minutę, dobrze napięte i wypełnione. Wątroba macalna na 3 palce pod łukiem, dość twarda. Punkt Murfiego bardzo bolesny; śledziona nie powiększona. Odruchy prawidłowe. Senna, odpowiada z pewnym trudem. Prawy jajnik nieco powiększony i tkliwy; przydatki lewe bez zmian. W moczu ślad białka, barwiki żółciowe obecne, urobilina wzmożona. Kał nie odbarwiony. We krwi: Hemogl. 57%; czerwonych ciałek 3.810 000; białych 13,200; bazofile — 0,5%; młodociane postacie — 1,5%; pałeczkowat. — 6%; segmentowan. — 76,5%; limfoc. — 10,5%, monocyt. — 5%. Odczyn Heymans van den Berga — bezpośredni — natychmiastowy. Urobilina — 13,5 jednostek; cholesteryna — 172 mg%; mocznik we krwi — 26 mg%.

Próby czynnościowe wątroby: chora wypiła litr wody, wydaliła w ciągu 2 godzin 930 cm, stężenie moczu spadło do 1,002. Próba galaktozowa ujemna. Próba z czerwienią bengalską: nieznaczna retencja. Bad. bakteriologiczne krwi: Treści dwunastniczej nie udało się uzyskać, aczkolwiek treść żołądkowa była podbarwiona żółcią; z posiewu wyrosły typowe pałeczki okrężnicy, aglutynujące z surowicą chorej w rozcieńczeniu. I na 160, nie aglutynujące z surowicami obcymi. Jak wynika z powyższego, ma się tu do czynienia z żółtaczką z wessania (e resorptione) z równoczesnym nieznacznym uszkodzeniem torebki wątrobowej. Powyższe, łącznie z obrazem klinicznym i danymi anamnestycznymi, składa się na typowy obraz zapalenia dróg żółciowych (angiocholitis), powikłane posocznicą (pałeczka okrężnicy).

Zastosowano tu: codzienne podawanie cylotropiny i cukru dożylnie, oraz insulinę 2 razy dziennie po 5 jednostek. Szybka poprawa. Gorączka, żółtaczka ustąpiły w przeciągu 2 tygodni. Niedokrwistość niedobarwliwa utrzymywała się. Tę zwalczano dużymi dawkami żelaza. Obecnie czuje się dobrze, choć liczba czerwonych ciałek nie przekracza 3.700.000, a poziom hemoglobiny wynosi 58%. Przypadek ten został pokazany jedynie ze względu na „colisepsis". O ile wyhodowanie pałeczki okrężnicy ze krwi udaje się względnie często, o tyle posocznica, niewątpliwie spowodowana tym zarazkiem, jest rzeczą dosyć rzadką. Pałeczka okrężnicy, będąca stałym pasożytem ustroju, przenika z łatwością do krwi, jednakże bakteriemia ta nie przechodzi na ogół w posocznicę. Przebieg kliniczny tu odpowiada trzem

wymogom, koniecznym dla stwierdzenia posocznicy, spowodowanej określonym zarazkiem: 1) Kliniczne stwierdzenie posocznicy; 2) Wyhodowanie zjadliwych zarazków z krwi; 3) Wykazanie we krwi chorego przeciwciał (w naszym przypadku aglutynin), skierowanych swoiście przeciwko wyhodowanemu szczepowi przy nieobecności tych przeciwciał w surowicy innych ludzi.

Podkreślić należy jeszcze, że punktem wyjścia posocznicy była tu wątroba, nie zaś — jak w większości przypadków — drogi moczowe.

W rozprawie M. Rozental, nawiązując do poronienia i zabiegu wyskrobania macicy, po których chora gorączkowała w przeciągu kilku dni, wyraża pogląd, że infekcja mogła tu przeniknąć do ustroju na skutek wykonanego zabiegu. Zresztą, gdy chodzi o schorzenia wątroby i dróg żółciowych, to wiadomo, że występują one b. często u kobiet w okresie poporodowym, zarówno jak i po poronieniach samoistnych. — Tu możnaby sprawę wiązać z przebytym poronieniem.

Nadesłane.

W kwietniu 1938 r. odbędzie się w Poznaniu, **VI Zjazd Polskiego Towarzystwa Ortopedycznego i Traumatologicznego**, na którym będą wygłoszone referaty na tematy programowe i tematy dowolne.

Tematy programowe.

I. Poliomyelitis i następstwa.

Referenci: Prof. M. Michałowicz (Warszawa), Prof. S. Pieńkowski (Kraków), Prof. F. Raszeja (Poznań), Prof. A. Wojciechowski (Warszawa), dr. J. Wolszczan (Poznań).

II. Złamania śródstawowe.

Referenci: Doc. A. Gruca (Lwów), Dr. A. Janik (Łódź).

Zgłoszenia referatów na tematy jak programowe, tak i na tematy dowolne należy kierować do dnia 15 stycznia 1938 r. pod adresem sekretarza P.T.O. i T. Dra Henryka Levittoux, Warszawa ul. Polna Nr. 78.

Sekretarz
Dr H. Levittoux

Prezes P.T.O. i T.
Prof. dr A. Wojciechowski

Komunikat Koła Dermatologów.

Od 1 maja 1936 roku do 1 maja 1937 roku odbyło się na Oddz. Dermatologicznym d-ra J. Merenlendera 37 posiedzeń naukowych. Demonstrowano 142 chorych z oddziału i 52 chorych z innych oddziałów Szpitala i z miasta.

Między innymi pokazano: 33 przypadki przymiotu w różnych okresach w tym 2 przypadki współistnienia kilaków z wiądem rdzenia, 2 przypadki współistnienia zmian II-rzędowych ze zmianami w układzie nerwowym; 6 polyarthritis gonorrhoica, 13 zmian gruźliczych skóry, 6 lupus erythematoides, 1 lupus erythematoides Leloire, 1 lupus pernio, 2 miliarlupoid, 10 łuszczycy (2 przypadki erythrodermii łuszczycowej i 1 artropatii łuszczycowej), 2 choroby Duehringa, 3 pęcherzycy pospolitej, 1 pęcherzycy brodawkującej, 7 liszaja pospolitego płaskiego, 2 cutis verticis gyrata (jeden u chorego z akromegalją), 2 sclerodermii, 1 sclerodermia adultorum Buschkego, 1 acrosclerosis Selley'a, 4 nowotwory skóry, 3 prurigo Hebrae, 1 urticaria pigmentosa, 1 urticaria perstans, 3 urticaria e frigore, 2 leuconychia, 1 Ulerythema ophryogenes, 2 ichtyosis serpentina et nitida, 2 choroby Recklinghausena, 9 dermatitis allergica, 2 bromoderma tuberosum, 1 xeroderma pigmentosum, melanocarcinoma, 5 sycosis simplex, 7 trychophytii, 1 choroby Fordyce'a, 1 erysipeloid Rosenbacha, 2 parapsoriasis Brocq'a, 1 poikylodermia vascularis Jacobi'ego, 1 choroby Leinera, 1 pityriasis rosea Giberti.

Streszczeń z piśmiennictwa krajowego i zagranicznego odczytano 79.

R e f e r a t y w y g ł o s i l i:

Inż. Lejwa: a) O hormonach płciowych męskich.
b) O hormonach płciowych żeńskich.

Dr Fryszberg: O praktycznym zastosowaniu wiadomości o hormonach płciowych żeńskich.

Dr Berkman: O leczeniu żylaków

Dr Rotstadt: O leczeniu rzeżączkowego zapalenia stawów.

Dr Merenlender: Wrażenia z klinik dermatologicznych we Wiedniu.

Sekretarz Cytrynik.

T R E Ś Ć.

S O M M A I R E.

Sprostowanie.

Na stronicy 91 zeszytu 3 i 4, t. XV. 1936, opuszczone zostało przy nazwisku I. Dworeckiego nazwisko p. L. Rosenweinowej, która brała jaknajczynniejszy udział w pracy, wykonanej wspólnie.

Redakcja.

Od Redakcji.

Prace oryginalne i streszczenia powinny być pisane **na maszynie**, na jednej stronie arkusza, z pozostawieniem marginesu. — Streszczenia krótkie artykułów oryginalnych w języku francuskim (wzgl. angielskim, niemieckim) zawierać mogą najwyżej 10 wierszy druku.

Prace oryginalne i streszczenia powinny być starannie wykończone pod względem stylu i pisowni.

Koszt wykonania klisz i tablic opłaca autor. Autorzy prac oryginalnych otrzymują 10 odbitek bezpłatnie; większą liczbę zamawiają **sami** w drukarni Kwartalnika.

Redaktor: **J. Rotstadt.**
Komitet Redakcyjny: M. Bornsztajn, I. Dworecki, M. Landsberg, N. Mesz, H. Stabholz, Wł. Sterling, J. Szwajcer, A. Wertheim.

Adres Redakcji i Administracji:
Szpital Starozak., Pawilon IX, Oddział Terapii Fizykalnej tel. 29076. Dr. J. Rotstadt.

Skład Główny: Księgarnia Gebethnera i Wolffa, Krakowskie Przedmieście 15, tel. 604-12.

NEUMAN i TOMASZEWSKI, ZAKŁADY GRAFICZNE w WŁOCŁAWKU